

Travail du service de M. le professeur agrégé H. Roger

HOPITAL DE LA PORTE D'AUBERVILLIERS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

N°

85

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 3 décembre 1903, à 1 heure

PAR

A. DOOR

De la Faculté de médecine de Paris

DIAGNOSTIC DE L'ÉRYSIPÈLE DE LA FACE

Président : M. CHANTEMESSE, Professeur.

CORNIL, Professeur.

Juges MM.

LE DENTU, Professeur.

FAURE, Agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE 23

1903

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen Professeurs.....

Anatomie.....
Physiologie.....
Physique médicale.....
Chimie organique et chimie minérale.....
Histoire naturelle médicale.....
Pathologie et thérapeutique générales.....
Pathologie médicale.....
Pathologie chirurgicale.....
Anatomie pathologique.....
Histologie.....
Opérations et appareils.....
Pharmacologie et matière médicale.....
Thérapeutique.....
Hygiène.....
Médecine légale.....
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
Pathologie comparée et expérimentale.....

Clinique médicale.....

Maladies des enfants.....
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale.....
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
Clinique chirurgicale infantile.....

M. DEBOVE.
MM.
POIRIER.
CH. RICHET.
GABRIEL.
GAUTIER.
BLANCHARD.
BOUCHARD.
HUTINEL.
BRISSAUD.
LANNELONGUE.
CORNIL.
MATHIAS DUVAL.
BERGER.
POUCHET.
GILBERT.
PROUST.
BROUARDEL.
DEJERINE.
CHANTEMESSE.

LANDOUZY.
HAYEM.
DIEULAFOY.
DEBOVE.
GRANCHER.
JOFFROY.
GAUCHER.
RAYMOND.
TERRIER.
DUPLAY.
LE DENTU.
TILLAUD.
DE LAPERSONNE.
GUYON.
PINARD.
BUDIN.
POZZI.
KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	FAURE.	LEGRY.	RIEFFEL (chef des
AUVRAY.	GILLES DE LA	LEGUEU.	travaux anatomiques)
BEZANÇON.	TOURETTE.	LEPAGE.	TEISSIER.
BONNAIRE.	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THIERY.
BROCA Auguste.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MERY.	THOINOT.
CHASSEVANT.	HARTMANN.	POTOCKI.	VAQUEZ.
CUNEO.	JEANSELME.	RENON.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	REMY.	WALTHER.
DESGREZ.	LAUNOIS.	RICHAUD.	WIDAL.
DUPRE.			WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

En témoignage de la plus profonde reconnaissance pour les douloureux sacrifices qu'il s'est volontairement imposés afin de faciliter mes études.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHANTEMESSE
Membre de l'Académie de Médecine.

A MON MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ
H. ROGER

Médecin de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers.

INTRODUCTION

Pendant l'année que nous avons eu le bonheur de passer à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, dans le service de M. le professeur agrégé G.-H. Roger, nous fûmes frappé du nombre considérable d'erreurs commises, soit par les médecins de la ville, soit par les élèves chargés de la consultation des hôpitaux parisiens, en ce qui concerne le diagnostic de l'érysipèle de la face.

L'idée nous vint de relever exactement la proportion des erreurs commises, et, dans une statistique portant sur 1939 malades entrés à l'hôpital d'Aubervilliers pendant les années 1901-1902 pour des érysipèles de la face, nous trouvâmes 252 malades atteints d'affections autres que l'érysipèle.

Cette grande proportion d'erreurs, près de 13 0/0 (exactement 12,99 0/0), nous incita à porter notre travail inaugural du côté du diagnostic de l'érysipèle de la face, et nous fûmes heureux d'être encouragé dans ce

choix par notre éminent maître M. le professeur agrégé Roger.

Si l'on essaie de rechercher la cause de ces erreurs, on ne tarde pas à reconnaître qu'elle réside moins dans la difficulté du diagnostic de l'érysipèle de la face — qui, d'une façon générale, est aisé à faire — que dans la difficulté de reconnaître les autres affections qui atteignent la face et qui peuvent lui ressembler.

Si, en effet, il est rare de passer à côté d'un érysipèle et de le méconnaître, en revanche, nombreuses sont les affections qui, par quelques caractères communs tels que : tuméfaction, rougeur, douleur, etc., peuvent donner lieu à des erreurs et faire prendre pour un érysipèle un eczéma de la face, un zona ophtalmique ou une dermite médicamenteuse par exemple.

Les erreurs de diagnostic sont dues, le plus souvent, à ce que, en raison de la hâte que l'on met à isoler un malade que l'on croit atteint d'un érysipèle, on se contente d'un examen très superficiel portant seulement sur les caractères physiques, l'aspect extérieur de la lésion. Il importe donc de bien connaître ces derniers pour, le plus souvent, éviter assez facilement les erreurs ; aussi est-ce sur les signes physiques, objectifs, sur les caractères extérieurs de la lésion qui permettent de distinguer la plaque érysipélateuse des autres affections pouvant la simuler que portera surtout l'effort de ce travail. C'est dire que cette étude sera exclusivement clinique.

Après quelques considérations sur le début, l'évolution et la terminaison de l'érysipèle de la face, nous nous attacherons surtout à décrire les lésions qui peuvent

le simuler. A la fin de chaque chapitre nous essayerons de tracer un parallèle entre la lésion décrite et l'érysipèle de la face et nous ferons suivre les observations qui s'y rapportent, observations que nous avons volontairement restreintes attendu que presque toutes celles qui appartiennent au même groupe se ressemblent et on les dirait calquées les unes sur les autres.

Au début de ce travail nous voulons tout d'abord adresser nos respectueux remerciements à notre maître M. le professeur agrégé Roger, qui nous l'a inspiré, et lui témoigner toute notre reconnaissance pour l'instruction qu'il a bien voulu nous donner pendant l'année que nous eûmes le bonheur de passer dans son important service de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers.

Que M. le professeur Chantemesse veuille bien agréer notre profonde reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant notre année d'externat dans son service et pour l'immense honneur qu'il nous fait de vouloir bien présider notre thèse.

M. le professeur Kirmisson a droit à notre vive reconnaissance pour l'instruction qu'il nous a donnée dans son service de chirurgie infantile.

Nous prions messieurs les docteurs Chauffard, Hirtz et Auvard de vouloir bien agréer nos remerciements pour les instructives leçons dont nous avons profité dans leurs services.

Nous sommes content d'exprimer ici notre reconnaissance au docteur Simon pour les conseils éclairés qu'il nous a donnés et pour l'amitié qu'il nous a témoignée en maintes circonstances.

CHAPITRE PREMIER

Etude clinique de l'érysipèle de la face, surtout au point de vue de l'aspect physique.

Avant de faire l'énumération et l'étude des différentes affections de la face qui sont si fréquemment confondues avec l'érysipèle, nous tenons à reproduire sommairement l'histoire clinique et la description des aspects physiques que peut revêtir l'érysipèle de la face, après quelques courtes considérations sur ses périodes d'incubation et d'invasion.

Incubation. Le temps qui s'écoule entre l'introduction dans le derme de l'agent infectieux — le streptocoque — et l'éclosion des phénomènes qui marquent le début de la dermite qu'il engendre, ne peut être évalué et étudié que dans l'érysipèle traumatique.

Notre maître, M. Roger, dans les études qu'il a faites à ce sujet et portant sur 83 cas, est arrivé aux chiffres suivants :

Incubation de 3 heures	1 observation.
— 7-18 —	11 —
— 24 —	14 —
— 25-48 —	11 —
— 49-72 —	9 —
— 4-5 jours	8 —
— 6-8 —	16 —
— 9-15 —	17 —
— 22 —	6 —

Ainsi dans douze cas l'incubation a été très courte ne dépassant pas 18 heures. En ce qui concerne les observations où l'incubation a été plus longue, M. Roger, se demande si la plaie qui a servi de porte d'entrée ne s'est pas infectée tardivement, Aussi ne peut-on pas déterminer la durée de l'incubation avec les données cliniques seules et faut-il avoir recours à l'expérimentation.

Lorsqu'on introduit une culture de streptocoques sous la peau de l'oreille d'un lapin, l'érysipèle apparaît, généralement au bout de 24 ou 48 heures ; parfois cette durée peut atteindre deux ou trois jours et, dans deux cas, M. Roger qui a fait ces expériences, l'a vue se prolonger jusqu'à onze jours.

Il résulte de ces faits que l'incubation de l'érysipèle peut ne durer que quelques heures ou dépasser une semaine. Dans les cas où elle se prolonge davantage, pendant quinze ou vingt jours, il faut admettre que l'agent infectieux attend l'aide d'une cause adjuvante telle que le froid ou un courant d'air pour exercer son influence nocive sur l'organisme.

M. Roger, en ajoutant à ses observations personnelles les cas publiés par Williams au nom d'une commission de Londres, donne les chiffres suivants représentant la moyenne, le maximum et le minimum de l'incubation de l'érysipèle :

Incubation moyenne	4 à 6	jours
— minima	3	heures
— maxima	22	jours

Invasion. Le début de l'infection érysipélateuse peut se faire tantôt par des phénomènes généraux suivis de manifestations locales, tantôt par les deux phénomènes à la fois, tantôt enfin par des phénomènes locaux seuls ou suivis de manifestations générales.

Les phénomènes généraux consistent en une céphalée plus ou moins intense, en frissons et quelquefois en vomissements. Ces troubles peuvent exister isolément ou bien être réunis tous chez le même sujet.

On a voulu voir un signe de gravité plus grande dans l'érysipèle qui débute par des phénomènes généraux, mais il ne semble pas que dans les deux modes d'invasion, il y ait une différence notable de pronostic.

Parmi les phénomènes généraux, le frisson est celui qui est de beaucoup le plus fréquent. Chez 1110 malades chez lesquels l'érysipèle a débuté par des phénomènes généraux, 829 ont présenté un ou plusieurs frissons. Le plus souvent le frisson est unique, violent, solennel, comparable au frisson de la pneumonie, avec claquements de dents et grelottements, mais quelquefois il peut être composé de plusieurs frissonnements durant une

ou quelques heures et suivis d'une élévation brusque de la température qui monte à 39°5, 40° et même au-dessus.

Aussitôt après le frisson, le malade se sent fatigué, courbaturé, souffrant dans tous les membres ; le malaise est général et le plus souvent accompagné d'un état saburral des voies digestives, langue sèche, anorexie, soif intense, parfois même des vomissements. Ces derniers sont assez fréquents puisque d'après la statistique publiée par M. Roger, on trouve 240 malades chez lesquels les frissons étaient accompagnés de vomissements et 41 chez lesquels les vomissements seuls ont marqué le début de l'infection.

Les cas où l'affection débute uniquement par des phénomènes généraux, sont relativement peu fréquents : 423 sur 1839 malades ; moins fréquents encore, les cas où les phénomènes locaux sont les premiers en date et où les frissons et les vomissements suivent l'apparition de la plaque érysipélateuse. Cette dernière catégorie comprend 22 malades seulement.

Les phénomènes locaux sont marqués par l'apparition de deux symptômes dont le premier est d'une importance considérable, servant bien souvent à fixer un diagnostic hésitant, et dont le second, consistant dans l'apparition d'une petite plaque rouge, tuméfiée et douloureuse, marque le point de départ du processus érysipélateux.

Le premier de ces symptômes est l'*adénopathie sous-maxillaire* qui se trouve au début de l'infection érysipélateuse et qui peut la précéder de quelques jours

(Chomel . L'endolorissement et la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires représentent le retentissement sur les ganglions de l'infection qui est encore latente du côté du derme. Ceci permet de prévoir à l'avance, lorsqu'il s'agit surtout d'une rechute, l'apparition d'une nouvelle plaque d'érysipèle. Ainsi, dans le service des érysipélateux de l'hôpital d'Aubervilliers, lorsqu'un malade convalescent d'érysipèle présente une adénopathie sous-maxillaire douloureuse, on a l'habitude de prédire l'imminence d'une rechute, prédiction que nous n'avons jamais vue démentie.

Le point de départ de la plaque érysipélateuse peut siéger en un point quelconque du tégument de la face. Mais, si l'on recherche comme l'a fait M. Roger, quels sont les points le plus fréquemment atteints dans l'érysipèle de la face non traumatique, on trouve, par ordre de fréquence, les points suivants : nez, joues, angle interne de l'œil, oreilles, paupières, front, lèvre supérieure, cuir chevelu, tempes, nuque, angle externe de l'œil, lèvre inférieure.

De ces différents points, la plaque, d'abord de petites dimensions, s'étend en envahissant de plus en plus les téguments et, au fur et à mesure de cette extension, elle prend les caractères de la dermite érysipélateuse que nous décrirons dans le paragraphe suivant.

Pendant cette période d'extension, les phénomènes généraux et surtout la fièvre, marchent de pair avec l'intensité de la dermite, pour atteindre leur maximum pendant la période d'état.

Cette période d'invasion est, généralement, de courte

durée : quelques heures, un jour, deux jours au maximum.

Caractères de la plaque d'érysipèle, au début. — La plaque une fois constatée, présente les quatre caractères typiques de l'inflammation : rougeur, tuméfaction, chaleur et douleur.

Rougeur. — La teinte de la plaque varie du rose pâle au rouge cramoisi ou lie de vin. Elle est très atténuée chez les sujets dont la peau est blanche, chez les anémiques par exemple ; elle disparaît par la pression du doigt pour reparaitre aussitôt après. Cette rougeur est due uniquement à une dilatation exagérée du réseau capillaire sanguin.

Tuméfaction. — La peau, distendue par l'infiltration fibrineuse et leucocytaire dans les mailles du derme, revêt un aspect brillant et lisse chez les sujets à peau fine ; chez d'autres, au contraire, particulièrement chez les hommes et chez les malades d'un certain âge, la peau prend un aspect grenu caractéristique qui rappelle le phénomène de la peau d'orange et qui n'est que l'exagération de la disposition normale propre à ces sujets. Dans ces cas, la rougeur, qui est plus intense, peut même devenir pourpre violacée.

La tuméfaction de la zone envahie s'apprécie surtout à la périphérie ; la plaque domine les tissus voisins encore respectés, et la palpation apprécie facilement un ressaut qui en marque la ligne de séparation : c'est le *bourrelet* caractéristique de l'érysipèle. Ce bourrelet peut être sur certains points peu marqué et remplacé par une rougeur et une douleur plus intenses, indi-

quant que c'est là la zone de la progression, la zone d'intensité maxima. Au delà, une fine sertissure rosée devance l'envahissement ; en deça, le centre de la plaque est souvent déprimé, le processus y diminue d'intensité.

Les tissus sont toujours indurés ; le doigt qui explore sent une résistance particulière ; le pouce et l'index ne peuvent parvenir à plisser la peau et ne la peuvent mobiliser qu'en sa totalité sur les plans sous-jacents.

Chaleur. — La température de la plaque est toujours élevée de 2° à 3°.

Douleur. — Enfin, la tuméfaction de la plaque est douloureuse ; la douleur est spontanée ; le malade se plaint d'une vive sensation de brûlure, la chaleur âpre qui n'est calmée que par l'application de larges compresses humides. La douleur est exagérée par la palpation et par la pression surtout au niveau du bourrelet et l'exploration doit être faite avec une grande douceur.

Dans la plupart des cas, ces caractères sont très nets et la plaque d'érysipèle tranche vivement sur les tissus voisins. Mais, fréquemment, l'infiltration érysipélateuse s'accompagne de réactions à distance qui doivent en être soigneusement distinguées.

Siégeant près de l'œil (racine du nez, pommettes) la dermite provoque dans le tissu cellulaire lâche des paupières, une exsudation abondante, un œdème inflammatoire collatéral : les paupières sont gonflées et peuvent recouvrir complètement le globe de l'œil.

La peau, cependant, a conservé toute sa souplesse, elle peut être plissée entre deux doigts ; la tuméfaction est

légèrement transparente et l'œdème facilement dépressible. Tout autre est l'aspect des paupières envahies par l'érysipèle, comme nous le verrons à la période d'état.

Enfin, une éclosion de vésicules d'herpès peut marquer le début de l'érysipèle comme elle marque le début de quelques autres pyrexies comme la pneumonie par exemple. Elles apparaissent à l'orifice des narines, sur les lèvres, à la commissure buccale. D'abord isolées, remplies de sérosité citrine et entourées d'une fine sertissure rouge, inflammatoire, elles confluent pendant les jours qui suivent, constituent une grosse bulle à contour polycyclique qui suppure, se dessèche et se recouvre d'une croûte noirâtre. Elles peuvent être soulevées, à un moment donné, par l'envahissement de la plaque érysipélateuse et devront être, alors, soigneusement distinguées des vésicules ou des points purulents qui peuvent, secondairement, semer la surface de la plaque dont ils constituent un des modes d'évolution.

Période d'état. — a) *Extension de la plaque.* — Très rapidement la plaque envahit les régions voisines du côté correspondant ou bien s'étend du côté opposé et atteint souvent des régions symétriques.

L'aspect classique de l'érysipèle que nous venons de décrire est celui qui se présente sur la joue. Gagnant l'oreille il peut l'envahir en entier ou ne laisser intact que le lobule inférieur. Dans les cas typiques toute l'oreille est considérablement hypertrophiée ; les sillons arrondis tendent à s'effacer, les saillies normales sont élargies, épaissies ; le conduit auditif externe est bouché par la tuméfaction de ses parois. L'oreille, dans sa to-

talité, rigide, s'écarte de la paroi crânienne. En palpant entre deux doigts, le pavillon, on lui trouve une consistance élastique et une épaisseur deux ou trois fois plus considérable.

Gagnant les paupières, l'érysipèle y détermine un œdème intense jusqu'à fermer complètement la fente palpébrale, les paupières se couvrant l'une l'autre. Quelques caractères différencient nettement cet œdème érysipélateux du simple œdème collatéral, péri-inflammatoire. Ce n'est pas un œdème mou, tremblotant, dépressible. Il donne au doigt une sensation de résistance, de résistance élastique ; il n'est plus transparent, mais épais et de couleur orange cuivré.

Au front la plaque est uniforme, lisse, brillante, rose vif. Le bourrelet y est souvent très fortement marqué.

Au nez, la plaque est souvent grenue, d'un rouge intense. Les deux narines sont épaissies, rigides et l'orifice des fosses nasales bouché.

Les lèvres sont rarement envahies. Dans ce cas, la bouche est légèrement entr'ouverte : les lèvres sont projetées en avant, leur épaisseur est parfois doublée et leur consistance notablement accrue.

Enfin, l'érysipèle peut gagner le cuir chevelu. Souvent on ne diagnostique cet envahissement que par la douleur accusée par le malade (douleur plus vive que partout ailleurs) et par la sensation de godet éprouvée par le doigt qui déprime les tissus. Quand le malade est chauve, la plaque se présente sur le crâne avec les mêmes caractères qu'au front. Il semble, pourtant, que

l'induration y soit moindre et la consistance plus œdémateuse.

Chez quelques malades, toutes ces régions sont envahies à la fois ; la face revêt alors un aspect lamentable qu'on retrouve dans toutes les descriptions. Mais souvent la plaque atteint certaines régions en respectant certaines autres et dessine ainsi plusieurs formes : *feuille de trèfle* lorsqu'elle envahit les deux joues, le nez (lobes de la feuille) et qu'elle s'étend en éventail sur le front, de la racine du nez au cuir chevelu (pédicule) ; *papillon* quand deux vastes placards recouvrent les joues réunis par une bande étroite sur le dos du nez ; enfin, quand la face entière est prise, à l'exception du menton, l'aspect rappelle la figure grotesque des *magots* chinois.

Il est à remarquer, et nous insistons beaucoup sur ce fait de clinique élémentaire, que l'extension de la plaque d'érysipèle se fait progressivement et lentement de telle sorte que, si on limite par un trait le territoire envahi à un certain moment de la période d'état, on peut voir, le lendemain, les limites tracées, débordées, dépassées par le bourrelet. Cette marche envahissante, en quelque sorte serpentineuse est très caractéristique de l'érysipèle et, en cas de doute, on serait autorisé à attendre jusqu'au lendemain, pour fixer le diagnostic.

Nous avons envisagé jusqu'à présent l'érysipèle dans ses formes les plus typiques et dans son évolution la plus élémentaire. Mais, souvent, la plaque se trouve modifiée par l'adjonction de phlyctènes, de points folli-

culaires purulents qui apparaissent sur la dermite déjà constituée.

Les phlyctènes sont généralement peu nombreuses, de 3 à 5 ou 6 et de dimensions assez considérables (l'étendue variant de la dimension d'une pièce de 2 fr. à celle de 5 fr. et plus).

Les phlyctènes de petites dimensions et de nombre plus considérable, constituent l'exception, ce qui fait qu'on les confond difficilement avec les vésicules d'herpès ou de zona. Elles sont transparentes, arrondies ou oblongues ou de forme irrégulière, remplies d'abord d'un liquide limpide, jaune citrin, qui, rapidement, devient purulent. Leur siège le plus fréquent sont les joues, le front, les oreilles.

Les points folliculaires purulents se présentent sous la forme d'un piqueté jaunâtre très fin, de la dimension d'une tête d'épingle. Ils apparaissent quelquefois à la base des poils, plus souvent ils sont disséminés irrégulièrement, au centre ou à la périphérie.

b) *Douleur*. — Depuis son début et jusqu'à sa plus complète extension, la plaque d'érisypèle est douloureuse.

Cette douleur est loin de présenter toujours la même intensité. C'est surtout pendant la période d'état alors que la plaque présente une tension et une dureté remarquables que la douleur est plus intense, moins spontanément, cependant, qu'à la pression. En effet, spontanément, le malade souffre surtout parce que la peau est tendue, injectée ; mais lorsqu'on vient à presser sur la plaque et surtout sur le bourrelet, ce n'est plus

une sensation de cuisson, de brûlure, de chaleur âpre et mordicante, mais les tissus enflammés au contact des doigts qui appuient, procurent au malade une véritable douleur pouvant même lui arracher des cris. La douleur semble être plus vive aux endroits où la peau est peu extensible tels que les lèvres, le front, les oreilles.

Il s'en faut, cependant, de beaucoup que la douleur de ces régions atteigne l'acuité que l'on observe dans les érysipèles du cuir chevelu qui, en dehors de cette douleur vive, s'accompagnent en général de phénomènes généraux graves tels que la fièvre et le délire.

Outre la douleur de la plaque érysipélateuse elle-même, toute la région ganglionnaire correspondant à l'adénopathie, est douloureuse.

Cette douleur est de courte durée comme l'adénopathie elle-même.

Il faut faire remarquer que jamais la douleur de l'érysipèle ne s'accompagne de démangeaison, de sensation de prurit ; nous pouvons le certifier, ayant systématiquement dirigé notre interrogatoire dans ce sens, chez les nombreux malades que nous avons examinés. Et nous ne saurions trop insister sur ce fait, étant donné que dans l'eczéma aigu, où les signes objectifs sont si voisins de ceux de l'érysipèle, le malade se plaint, au contraire, de démangeaison, jamais de douleur vraie. De telle sorte que nous considérons cette différence de nature à porter un secours utile au diagnostic à établir.

Lorsque la dermite érysipélateuse, après avoir atteint le summum de son évolution, commence à décroître,

soit pour se terminer par une résolution franche, soit par la suppuration, la douleur disparaît ou bien est remplacée par celle qui accompagne, en général, les suppurations ordinaires.

c) *Phénomènes généraux*. — Tous les signes physiques que nous venons de décrire, lorsqu'ils s'appliquent à un érysipèle de la face de peu d'étendue et de forme bénigne, ne s'accompagnent pas, ordinairement, de phénomènes généraux bien marquants. A peine un peu de fièvre pendant les premiers jours, sans aucune répercussion sur les organes.

Mais, lorsque l'érysipèle est d'une étendue plus grande lorsqu'il a de la tendance à l'envahissement, lorsqu'il revêt la forme ambulante et surtout lorsqu'il atteint le cuir chevelu, les phénomènes généraux sont plus accentués et atteignent, parfois, une intensité telle qu'ils mettent les jours du malade en danger sérieux.

Parmi ces phénomènes il convient d'analyser la fièvre, le délire, le pouls. Il n'est pas dans notre intention de décrire les différentes formes que peut revêtir la courbe thermique dans l'érysipèle de la face. Tout ce que nous pouvons dire c'est qu'il y a toujours une fièvre assez élevée pendant toute la durée de la plaque, fièvre apparaissant dès l'invasion et se signalant par une montée brusque de la température jusqu'à 40° et même 41°, plus modérée pendant les jours suivants ; fièvre à petites oscillations particulières à l'infection streptococcique (les grandes oscillations de la température n'apparaissent que lorsque le streptocoque a gagné le milieu sanguin)

et affectant un nombre infini de variétés suivant les individus.

Certains individus font des réactions thermiques très intenses, leur fièvre monte jusqu'à 40°, même 41°, sans que pour cela le pronostic soit plus sombre. Après cette brusque ascension la fièvre tombe à 39° pour s'y maintenir autant que durent les phénomènes inflammatoires, puis commence à décliner par progression en suivant la régression de la dermite.

Il n'en est pas de même dans les érysipèles où la fièvre assez élevée s'accompagne de délire. Le délire s'observe surtout chez les individus alcooliques alors même que la température n'est pas très élevée, ne dépassant pas 39°. Le délire est bien plus accentué encore, lorsque chez ces individus, l'érysipèle gagne le cuir chevelu. Chez ces sujets, il peut se déclarer un violent délire rappelant par ses caractères les particularités du *délirium tremens*. Cependant, le fait seul de l'envahissement du cuir chevelu peut faire éclore même chez des malades non éthyliques, des phénomènes de délire de forme agitante ou dépressive. La forme dépressive peut aller jusqu'à l'adynamie complète, adynamie analogue à la prostration typhique. Tous ces phénomènes nerveux peuvent être très intenses et nécessiter un traitement hydrothérapique.

En général, le pouls suit la courbe thermique et traduit les troubles produits dans l'organisme par l'élévation de la fièvre. Mais il n'est pas rare, dans les formes graves, d'assister à la déchéance du cœur avec tous les symptômes de la myocardite infectieuse : pouls petit,

imperceptible, rapide, défaillant, etc., nécessitant tout l'arsenal de la thérapeutique cardiaque et rentrant dans le groupe des complications de l'érysipèle.

Terminaison. A la fin de la période d'état, avec la diminution de la température, de la céphalalgie et de la douleur locale, la plaque change d'aspect et la peau commence à revêtir des caractères qui évolueront progressivement jusqu'à la normale. Mais la terminaison de l'érysipèle se fait suivant autant de modes qu'il y a eu de formes dans son évolution, et ces différents modes de terminaison revêtent des aspects variés et dissimilables pouvant faire hésiter le médecin et éveiller l'idée d'autres affections.

Dans les cas les plus simples, on observe seulement l'atténuation des phénomènes locaux : le bourrelet s'affaisse, la tuméfaction diminue, la teinte de la peau passe de l'écarlate au rouge vin de Bordeaux, puis au rose ; les doigts constatent que la peau peut, à nouveau, être plissée et cette exploration ne provoque plus de douleur. Sur cette plaque en régression, paraît alors un phénomène nouveau, c'est la *desquamation*. Cette desquamation ne se fait pas par fines poussières farineuses ni par grands lambeaux. L'épiderme se souleve en véritables petites *écailles* de 2 à 4 millimètres de diamètre, qui se soulèvent d'abord par un côté puis se détachent complètement. La desquamation commence en un point limité, de préférence au niveau du foyer primitif puis s'étend à toute la région envahie. Elle dure plusieurs jours et ne saurait, par conséquent, échapper à l'examen. Cette desquamation diffère considérablement

de la desquamation eczémateuse comme on peut le voir au chapitre consacré aux eczémas.

La desquamation finie, la peau reprend peu à peu son aspect normal. Il faut cependant ajouter, car le cas est des plus fréquents, que longtemps après la fin de l'érysipèle, la peau garde encore une coloration rouge pâle témoignant que la guérison n'est pas complète. Les malades qui présentent cette particularité ne doivent pas être abandonnés car rien n'est plus fréquent que de voir ces sujets — qui se considèrent guéris — une fois exposés à un courant d'air ou simplement à l'air libre, être repris par un érysipèle siégeant au même endroit que précédemment. Ainsi, à l'hôpital de la Porte-d'Aubervilliers, tous les malades qui dans ces conditions quittent l'hôpital malgré la défense qui leur est faite, reviennent invariablement après un jour ou deux, avec une rechute parfois plus sérieuse que la maladie initiale.

Mais, souvent, d'autres processus viennent s'ajouter à cette évolution normale sans qu'on puisse parler de complications proprement dites.

Nous avons vu qu'une des modalités fréquentes de l'évolution érysipélateuse était la formation de phlyctènes en plus ou moins grand nombre et de formes diverses. Ces phlyctènes, d'abord remplies par une sérosité limpide, claire, citrine, peuvent à un moment donné tourner à la purulence. Le pus est, le plus souvent, mêlé à de la sérosité ou à du sang : liquide séropurulent ou sanguino-purulent ; cependant, il n'est pas rare de le voir prendre une consistance plus ferme,

comme le pus d'abcès. Il est aisé d'apprécier la nature et la quantité de cet épanchement grâce à la parfaite transparence de la pellicule épidermique ; car le liquide s'amassant à la partie la plus déclive de la poche phlycténulaire, on peut bien se rendre compte de son niveau.

Le sort de ces collections purulentes est différent suivant les cas.

D'abord, le liquide séreux ou séro-purulent peut se résorber sur place ; la phlyctène alors s'aplatit, la mince couche épidermique s'accole au derme sous-jacent et, par suite de la dessiccation, prend un aspect sombre.

Quelquefois il peut se fendiller par places, se diviser en plusieurs crouelles rappelant l'aspect *impétigineux*.

Lorsque la collection est franchement purulente et surtout en quantité abondante, elle arrive fréquemment à rompre la phlyctène et, en s'écoulant, laisse apercevoir le derme sous-jacent qui, ordinairement, est rouge vif uniformément, ou bien, parfois, maculé de petites taches ecchymotiques ou saignantes. La poche phlycténulaire se dessèche en prenant une coloration noirâtre et en formant une véritable croûte. C'est l'évolution *croûteuse* de l'érysipèle. Au bout d'un certain temps, variant d'un à deux ou trois jours, la croûte tombe et laisse, au-dessous, la peau reprendre, petit à petit, sa coloration normale.

D'autres fois, à cette période tardive qui marque la fin du processus aigu, l'entrée en convalescence, la formation de pus en divers points n'est pas rare, de même qu'en cas de phlegmon diffus, la formation d'abcès loca-

lisés, marque la terminaison de la maladie et le triomphe de l'organisme.

Nous avons déjà parlé de points purulents folliculaires qui peuvent se rencontrer à la période d'état. Ces points purulents, en se réunissant, peuvent former des petites nappes purulentes, à contour polycyclique, surtout au niveau des joues. Plus tardivement, il peut se montrer de véritables abcès, dont le siège est dans le tissu cellulaire sous-cutané. Ces abcès peuvent apparaître un peu partout, assez souvent au cuir chevelu qui peut être entièrement décollé, mais c'est presque toujours les paupières, principalement les paupières supérieures, qui en sont le siège habituel. Dans ce cas le malade continue à ne pas pouvoir ouvrir les yeux, la fente palpébrale reste close, le bord des paupières restant au contact; la paupière supérieure forme un véritable opercule bombé qui retombe lagement au devant du globe oculaire. La consistance, qui était d'abord œdémateuse, devient rénitente, élastique, sans que la palpation soit bien douloureuse. Puis, on perçoit une légère fluctuation, mais qui reste toujours assez vague, les plans postérieurs n'étant pas suffisamment résistants pour se prêter à cette recherche. En tout cas, le diagnostic s'impose, quand, la face ayant repris à peu près son aspect normal, l'œil continue à rester clos et les paupières bombantes. Une petite incision ou l'ouverture spontanée donne accès à une petite quantité de pus très épais et la guérison se poursuit rapidement quoique les paupières tardent à reprendre toute leur souplesse primitive.

Ainsi, même pendant la convalescence, la plaque érysipélateuse n'évolue pas toujours de la même façon et on ne peut pas donner un seul type de description.

Nous croyons avoir déjà donné une idée de la variabilité d'aspect de l'érysipèle à ses différentes périodes d'évolution. Mais il nous faut encore ajouter que le polymorphisme est singulièrement accru du fait que, différentes évolutions peuvent se poursuivre parallèlement chez le même individu et surtout, par ce fait, qu'à côté d'une portion de la plaque en régression où l'on voit déjà la desquamation ou l'évolution croûteuse ou purulente, d'autres points sont en pleine extension et présentent le bourrelet typique ou bien quelques phlyctènes encore citrines.

Enfin, il n'est pas rare de voir arriver à l'hôpital des malades chez lesquels l'aspect typique de l'érysipèle a été modifié par un traitement local intempestif. Des cataplasmes fréquemment renouvelés ont ramolli les phlyctènes et mis le derme à nu. Des pansements répétés avec de l'eau blanche ou des solutions fortes de sublimé ou d'eau phéniquée, ont exagéré les caractères inflammatoires et, dans certains cas, ont même pu créer à côté de la plaque de dermite streptococcique une dermite artificielle médicamenteuse ayant les caractères de l'eczéma aigu.

Affections diverses siégeant à la face et prises pour de l'érysipèle.

Dans notre statistique portant sur 1939 malades entrés pendant les années 1901-1902 aux pavillons des érysipéloteux de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, nous avons relevé 253 malades, soit 13 0/0, atteints d'autres affections que l'érysipèle de la face. Parmi ces affections, par ordre de fréquence, nous trouvons :

Abcès et fluxions dentaires.....	60
Plaies mal soignées, furoncles.....	53
Eczémas aigus.....	39
Dermites artificielles.....	35
Zonas ophtalmiques.....	25
Dacryocystites.....	15
Folliculites, furoncles, abcès de la cloison et de la muqueuse nasale.....	10
Herpes facial.....	7
Phlegmon ligneux de la face.....	3
Phlegmon de l'orbite.....	3
Phlébite de la face.....	2
Suppuration des sinus face.....	1

Nous suivrons dans notre description ce même ordre de fréquence, en résumant autant que possible l'histoire de chacune de ces affections et en faisant — observations à l'appui — le diagnostic différentiel entre ces

affections et l'érysipèle de la face. Nous ne donnerons la description un peu détaillée que des affections qui sont fréquemment confondues avec l'érysipèle ; quant aux rares erreurs commises concernant des affections comme le phlegmon de l'orbite, le phlegmon ligneux de la face et la phlébite de la face, nous nous contenterons de signaler simplement les observations.

CHAPITRE II

Fluxions et abcès dentaires.

Le plus grand nombre d'erreurs de diagnostic commises, concerne, à coup sûr, des fluxions et des abcès ayant une origine dentaire.

Il n'est pas dans notre intention de décrire le processus de la fluxion et de la suppuration dentaires, mais, en quelques mots, nous indiquerons quels sont les points sur lesquels il faut s'appuyer pour éviter une si grosse erreur.

Lorsque l'infection d'une dent malade aboutit à la formation d'une ostéo-périostite alvéolo-dentaire, cette dernière peut évoluer sans que les tissus voisins participent à la maladie dentaire. Mais lorsque cette participation a lieu, on voit tout d'abord tous les tissus de la joue correspondante à la lésion dentaire s'enflammer, se tuméfier, s'œdématier et constituer un premier degré appelé vulgairement une *fluxion dentaire*. L'œdème

est mou et le tégument prend une coloration légèrement rougeâtre.

A ce stade la confusion avec l'érysipèle est facilement faite. On posera le diagnostic en se basant d'abord sur ce fait que les malades ne manquent jamais de mentionner au médecin que la maladie a débuté par un mal de dent siégeant du même côté que la fluxion. Puis, le processus de la fluxion envahit tous les tissus de la joue : peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscles et muqueuse, ce dont on peut facilement se rendre compte en embrassant toute l'épaisseur de la joue entre le pouce et l'index, celui-ci introduit dans la cavité buccale.

Cet œdème mou diffère considérablement de la tuméfaction érysipélateuse qui n'atteint que le derme exclusivement. De plus le bourrelet manque ; la souffrance est caractérisée par une véritable douleur spontanée dans la fluxion, et non plus par une cuisson, une chaleur, une brûlure comme dans l'érysipèle. Il faut ajouter que la fluxion de même que l'abcès dentaire s'accompagnent souvent d'un œdème collatéral mou et tremblotant, au niveau des paupières inférieures surtout, qui mettra sur la trace du diagnostic.

Lorsque la fluxion aboutit, comme c'est le cas ordinaire, à la suppuration, au véritable abcès dentaire, l'erreur n'est plus permise, la fluctuation venant immédiatement révéler l'existence de la collection purulente. Cette fluxion qu'il faut surtout chercher du côté de la muqueuse jointe au renseignement du malade qui ne manque jamais de se plaindre en même temps de ses

dents. fera facilement découvrir l'origine de l'abcès autour d'une dent ou d'un chicot cariés.

Voici quelques observations de fluxions et d'abcès dentaires qui ont été pris pour de l'érysipèle de la face :

OBSERVATION I

Fluxion dentaire.

B. S..., âgé de 62 ans. entré le 27 avril 1902.

A. P. — fièvre typhoïde à 22 ans. Luxation de la mâchoire inférieure il y a 8 ans.

Le 25 août. Le malade souffre de douleurs dentaires intenses au niveau des molaires supérieures gauche.

Le 26. La moitié gauche du menton est tuméfiée et rouge. Le soir, toute la joue gauche est prise.

Le 27. Un médecin consulté, fait envoyer le malade d'urgence à l'hôpital d'Aubervilliers, avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement, le malade se plaint de douleurs de dents. La moitié gauche du menton et la joue du même côté sont tuméfiés. Douleur à la pression, surtout dans la région parotidienne.

En introduisant un doigt dans la bouche, on détermine une vive douleur au niveau des molaires supérieures gauches, mais on ne sent pas de point ramolli.

Rien aux organes.

Pas de fièvre.

OBSERVATION II

Abcès dentaire.

H... Marie, âgée de 37 ans. Entrée le 17 mars 1901.

A. P. Erysipèle à l'âge de 18 ans, pas d'autres érysipèles depuis.

Il y a huit jours, à la suite d'un mal de dent, elle fut prise d'un peu de fièvre en même temps que d'un gonflement de la partie gauche de la face.

Voyant que le gonflement persiste elle va consulter, hier, un médecin, qui l'envoie à Aubervilliers comme atteinte d'érysipèle.

Actuellement, on constate sur la joue gauche une tuméfaction douloureuse sans changement de coloration de la peau. Un peu d'œdème collatéral au niveau de la paupière inférieure gauche.

A l'examen de la cavité buccale on constate une dentition très défectueuse et une saillie œdémateuse de la gencive supérieure gauche. Fluctuation nette au sommet de cette saillie. Un coup de pointe donne issue à du pus.

Rien aux organes.

OBSERVATION III

Abcès dentaire.

M... Jules, âgé de 34 ans, entré le 31 janvier 1902.

Bonne santé habituelle. Il y a six mois, fracture de la malléole interne de la jambe droite.

Le 26 janvier, le malade a ressenti de la céphalée et des élancements dans la joue gauche. Celle-ci s'est enflée dans la soirée, en même temps que l'œil et le nez.

Le 31, il va à la consultation de Necker, d'où on l'envoie, ici, avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement la joue gauche est tuméfiée surtout au niveau de l'arcade dentaire. Œdème mou, tremblotant de la paupière inférieure gauche et du nez.

Au niveau des premières molaires supérieures du côté gauche, on constate une fluctuation très nette; l'incision donne issue à du pus.

Rien aux organes.

Pas de fièvre.

OBSERVATION IV

Fluxion dentaire.

B..., Louise. Agée de 19 ans. Entrée le 25 janvier 1902.

Depuis huit jours la malade souffre dans le côté gauche de la face, à la suite d'une douleur de dent cariée siégeant sur l'arcade supérieure gauche.

Il y a 2 jours sans phénomènes généraux, la joue gauche s'est tuméfiée et est devenue rouge.

La malade va consulter à Saint-Antoine d'où on l'envoie en ambulance à Aubervilliers comme atteinte d'érysipèle.

Actuellement, outre la tuméfaction légèrement rouge de toute l'épaisseur de la joue gauche, on constate un œdème mou de la paupière inférieure du même côté.

Pas de fièvre.

Rien aux organes.

OBSERVATION V

Abces dentaire

F..., Jean. Agé de 19 ans. Entré le 15 janvier 1901.

Antécédents personnels nuls.

Dans la nuit du 13 au 14, le malade souffrit d'un violent mal de dent. Le 14 au matin il constate que sa joue droite est enflée.

Le 15, il consulte un médecin qui l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement, la joue droite est enflée et un peu rouge. Douleur à la pression très marquée. Pas de bourrelet. On sent que

toute la joue est épaisse. Du côté de la muqueuse buccale on trouve un point nettement fluctuant dont l'incision donne issue à du pus.

Rien aux organes.

Pas de fièvre.

CHAPITRE III

Plaies mal soignées, furoncles

Après les fluxions et abcès dentaires, ce sont les plaies de la face, mal soignées, infectées secondairement et les furoncles avec les phénomènes péri-inflammatoires qui accompagnent ces lésions, qui occupent le second rang dans l'échelle des erreurs commises. Il est évident qu'il est difficile de dire où s'arrête la lymphangite qui fait suite à une plaie mal soignée, et où commence l'érysipèle dit traumatique. Il y a néanmoins une certaine différence entre la lymphangite et la dermite qui caractérise l'érysipèle. Il faut tout d'abord tenir compte du mode de début, de l'incubation et de l'invasion qui dans ces deux affections sont un peu dissimilaires. On sait quels sont les phénomènes généraux de l'érysipèle au début, tels que fièvre, frissons, vomissements, céphalée, adénopathie sous et retro-maxillaire, etc., phénomènes qui, sont généralement, les premiers en date.

Sans doute ces phénomènes peuvent exister dans la lymphangite mais n'apparaissent en général que lorsque la lésion commence à se dessiner par ses caractères physiques autour de la plaie initiale. De plus ces caractères diffèrent un peu des signes physiques de l'érysipèle.

Tout d'abord, dans quelques cas, on peut voir les traînées de lymphangite, c'est-à-dire des lignes rouges que dessinent la distribution des vaisseaux lymphatiques de la région et constater la tuméfaction ganglionnaire de la région, anatomiquement correspondante. Ces traînées rouges circonscrivent autour de la plaie une véritable plaque, mais cette plaque n'est pas limitée par un bourrelet saillant formé par le derme tuméfié et blanchâtre. Au contraire, la lymphangite se perd graduellement au fur et à mesure de ses limites et se confond avec les téguments restés indemnes.

La tuméfaction de la lymphangite ne doit pas non plus être confondue avec la tuméfaction érysipélateuse, car elle n'est pas comme cette dernière, limitée seulement au derme, mais bien plus profonde, sous-cutanée.

La zone rouge et tuméfiée de la lymphangite s'accompagne souvent d'une zone péri-inflammatoire consistant en un œdème rouge, mou et tremblotant, pouvant quelquefois siéger à distance, généralement là où la peau est mince le tissu cellulaire très lâche comme par exemple au niveau des paupières.

Il n'est pas rare, de plus, de constater une véritable collection purulente dessous ou à côté de la plaie et

même, parfois, l'orifice de cette plaie laisse sourdre le pus collecté.

Enfin, en tenant compte des localisations habituelles de l'érysipèle à la face, dont il laisse certaines parties parfaitement indemnes, telles que le menton par exemple, on évitera la confusion lorsque plaie et lymphangite siègeront sur cette dernière région.

Nous en dirons presque autant des furoncles qui occupent, en général, sur la face, le nez, les lèvres et le menton, en ajoutant que la rougeur qui entoure le furoncle est nettement séparée de ce dernier qui forme une petite tumeur accuminée, qu'elle est presque toujours plutôt bleuâtre, plus foncée que la rougeur érysipélateuse et que l'œdème collatéral ou péri-inflammatoire est ici un peu plus accusé.

Enfin la constatation du bourbillon furonculeux ou de son élimination lèvera tous les doutes.

Voici trois observations concernant des cas de ce genre et qui ont été pris pour de l'érysipèle de la face :

OBSERVATION VI

Plaie du front avec œdème rouge péri-inflammatoire.

D... Emile, cocher, âgé de 33 ans. Entré le 19 novembre 1902.

Bonne santé habituelle.

Dans la nuit du 7 au 8 novembre, le malade fait une chute du siège de sa voiture et se fait une plaie de petites dimensions au niveau de la bosse frontale droite, plaie intéressant toute l'épaisseur de la peau et laissant l'os à découvert.

Conduit à Lariboisière on lui applique un point de suture au crin de Florence, que l'on recouvre d'un pansement. Le lendemain le malade se fait panser par un pharmacien, le surlendemain par son médecin qui lui conseille d'aller à Lariboisière. A la consultation de cet hôpital, on constate une plaque rouge et on dirige le malade sur Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement on constate une plaie frontale suturée et enflammée laissant sourdre quelques gouttes d'un liquide épais purulent. Autour de la plaie une plaque rouge œdématisée, molle au toucher, n'ayant pas de limites nettes.

L'œdème s'étend jusqu'au niveau de l'œil et envahit les paupières supérieures et inférieures qui sont œdématisées et tremblotantes.

OBSERVATION VII

Abcès avec œdème péri-inflammatoire.

S... François, âgé de 30 ans, Entré le 26 octobre 1902.

Pas d'antécédents.

Le 25 dans la soirée chute sur le nez.

Le lendemain après quelques phénomènes généraux tels que fièvre, frissons, apparaît une rougeur diffuse autour de la plaie et s'étendant à la région sous-orbitaire et malaire.

Le malade va consulter à Lariboisière où l'on diagnostique un érysipèle.

A l'examen du malade on voit qu'il s'agit d'un œdème tremblotant, rouge, n'ayant pas de limites.

La peau ne présente pas d'induration.

A la partie moyenne du nez, il existe une petite solution de continuité ayant servi de porte d'entrée à l'infection et ayant donné lieu à un petit point fluctuant.

On incise l'abcès et l'on donne issue à une petite quantité de pus.

Pas de fièvre.

OBSERVATION VIII

Furoncle de la racine du nez avec œdème péri-inflammatoire.

S... Georges, âgé de 19 ans. Entré le 4 novembre 1902.

Bonne santé habituelle.

Il y a trois jours le malade ressent une douleur assez vive au niveau de la racine du nez et constate une petite tuméfaction rouge.

Le lendemain il apparaît un œdème des paupières qui, le surlendemain, occupe toute la région sous-orbitaire gauche et le nez tout entier.

Un médecin consulté envoie le malade à l'hôpital avec le diagnostic d'érysipèle.

A l'examen du malade on constate à la racine du nez un furoncle en voie d'évolution, ayant déterminé un œdème péri-inflammatoire rouge bleuâtre de la région sous-orbitaire et nasale. Il n'y a pas de bourrelet ; les parties malades se continuent insensiblement avec les régions saines du visage.

CHAPITRE IV

Eczémas.

Dans ce chapitre, nous étudierons les lésions du tégument de la face désignées sous le nom d'eczémas. Ceux-ci peuvent naître spontanément sous l'influence de causes diverses provenant le plus souvent d'une défectuosité dans le fonctionnement de l'organisme, ou bien être produits par des agents étrangers à l'économie, dont les propriétés irritantes détruisent la vitalité de la peau en créant des dermites artificielles.

Nous étudierons d'abord les eczémas artificiels, dont les signes objectifs et fonctionnels sont en tout semblables à ceux que présente l'eczéma spontané que nous étudierons dans un chapitre spécial surtout au point de vue du diagnostic.

I. — ECZÉMAS ARTIFICIELS

On range dans ce groupe des affections cutanées produites par des agents étrangers à l'économie et qui agis-

sent sur les téguments externes directement par contact immédiat et extérieur, ou qui, absorbés par l'organisme par les voies : digestive, respiratoire ou hypodermique, intéressent indirectement le tégument externe. Parmi ces agents susceptibles d'engendrer des éruptions artificielles, il convient de faire un classement :

Un premier groupe comprend les agents physiques et atmosphériques tels que : le froid, la chaleur (coup de soleil, coup des verriers et les radiations lumineuses rayons solaires, lumière électrique, rayons Roëntgen, rayons Finsen).

Dans un deuxième groupe, beaucoup plus nombreux que le premier, il faut ranger la série des substances chimiques irritantes, simples ou complexes, qui, mises au contact de la peau, peuvent produire des dermites capables d'être confondues avec l'érysipèle.

Certaines de ces substances, prises à l'intérieur comme agents thérapeutiques, sont capables de produire des éruptions généralisées à tout le tégument et, en raison même de cette généralisation, ce genre d'éruptions artificielles sont surtout confondues avec l'une quelconque des maladies générales à forme éruptive telles que : rougeole, scarlatine, etc., fait assez fréquent et dont nous avons été témoin à plusieurs reprises pendant l'année que nous avons passée dans l'important service de l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers.

Nous ne nous occuperons que des dermites artificielles localisées à la face, seules susceptibles d'être prises pour de l'érysipèle.

Parmi celles-ci, nous distinguerons deux groupes ;

dans le premier nous ferons rentrer les éruptions professionnelles dues à l'emploi de certaines substances chimiques irritantes nécessitées par certaines professions, dans le second les éruptions médicamenteuses de cause externe, dues à l'application sur la peau de substances caustiques dans un but thérapeutique.

† A. — *Eruptions professionnelles*

Les causes déterminantes des éruptions professionnelles sont de deux ordres. Les unes sont dues à des causes physiques, les autres à des causes chimiques.

Parmi les premières on trouve le froid, la chaleur, la lumière solaire et l'électricité. Certaines professions qui exigent une exposition permanente à l'air libre, exposent les personnes qui les exercent à des lésions produites par le froid, pendant l'hiver, et par la chaleur, pendant l'été. Les cochers, qui à cet égard sont le plus exposés, présentent pendant l'hiver des plaques rouges violacées des pommettes, produites par un développement plus marqué des vaisseaux de la face, sous l'influence du froid, et souvent prises pour de l'érysi-pèle.

Lorsque l'action du froid est plus profonde, la lésion devient plus grave et présente des caractères bien nets qui la font vite reconnaître pour une engelure.

D'autres professions, qui nécessitent l'emploi de la chaleur, déterminent chez les ouvriers des brûlures ou simplement des érythèmes comme chez les chauffour-

niers, les boulangers, les fondeurs, etc. Les ouvriers des champs sont plus particulièrement exposés à l'action des rayons solaires (érythèmes solaires, coup de soleil) et les ouvriers électriciens à l'action des rayons électriques.

Ce sont surtout les troubles produits par la chaleur ou plus exactement par la lumière, qui, par les caractères des lésions qu'ils engendrent — sont susceptibles de simuler l'érysipèle.

Ainsi l'exposition aux rayons solaires détermine sur la peau une inflammation communément désignée sous le nom de *coup de soleil*. Les symptômes sont semblables à ceux d'une brûlure légère : rougeur érythémateuse, luisante, gonflement modéré, chaleur cuisante avec une légère sensation de tension de la peau qui semble faiblement infiltrée. Quelquefois même, l'intensité de la chaleur peut aller jusqu'à la production des phlyctènes. C'est là en effet, à peu de choses près, le tableau symptomatique de l'érysipèle, et si la lésion siège à la face, on conçoit que l'on puisse faire une erreur de diagnostic si le malade lui-même ne raconte l'origine de son affection. Il suffit de songer à la possibilité d'une telle pathogénie, pour, le plus souvent, éviter l'erreur.

Il n'est pas jusqu'aux signes généraux eux-mêmes qui ne puissent induire en erreur ; ainsi, dans les cas intenses et étendus, on peut rencontrer une légère élévation de température, et chez les personnes particulièrement prédisposées une surexcitation nerveuse pouvant aller jusqu'au délire.

Mais, d'une façon générale, ces phénomènes généraux sont hors de proportion avec les lésions locales, ce qui éveille les soupçons et on arrive facilement à reconnaître dans ces symptômes la traduction de *l'insolation* ou du *coup de chaleur*. En outre, il faut pour que ces phénomènes se produisent, une température assez élevée comme dans les pays chauds et des circonstances adjuvantes telles que : le surmenage par exemple, pour favoriser leur éclosion (soldats en marche, moissonneurs).

Des accidents presque identiques peuvent être produits par l'action de la lumière électrique, chez les ouvriers qui font des soudures au moyen de l'arc voltaïque : érythème rouge vif, gonflement et tension de la peau, avec, quelquefois, production de phlyctènes.

Ces troubles doivent être attribués à la lumière et non à la chaleur, car le rayonnement calorifique de l'arc voltaïque est très faible. Widmark en faisant agir sur la peau une lumière électrique de 1200 becs Carcel, a pu éviter la production de ces accidents en interceptant les rayons ultra-violets. Les accidents pathologiques apparaissent dès qu'on arrêtaient les rayons infra-rouges, laissant passer les autres. Il faut donc conclure qu'il s'agit d'actions chimiques dues aux rayons lumineux ultra-violets.

Mais, les agents physiques sont loin de jouer le rôle principal dans la production des dermatoses professionnelles. Ce rôle revient surtout aux substances chimiques manipulées. Celles-ci, par suite d'un défaut d'intégrité et de vitalité dans les téguments, et à la faveur d'un

manque de propreté aidé ou non d'un état prédisposant de l'individu qui les manipule, attaquent d'abord les mains en déterminant sur elles les lésions de la dermite, et, ensuite, l'ouvrier portant ses mains sur son visage, y inocule la même lésion en produisant une dermite artificielle de la face, laquelle donne le plus souvent naissance à une erreur de diagnostic.

Les réactions du tégument vis-à-vis des agents des éruptions professionnelles, se traduisent tout d'abord par une rougeur érythémateuse occupant tout ou partie des téguments exposés au contact nuisible, rougeur disposée en forme de plaques d'étendue variable, de forme arrondie ou irrégulière, isolées ou confluentes. Au dessous de la rougeur le derme est tuméfié et infiltré. Sur les placards érythémateux se développent quelquefois des vésicules résultant de l'exsudation séreuse intra-épidermique provoquée par l'action chimique et par la réaction cellulaire de défense.

Quelques-unes de ces vésicules se développent en nombre très considérable, deviennent confluentes, augmentent de plus en plus de volume, arrivent à la grosseur de gouttelettes transparentes, arrondies, s'unissent parfois entre elles pour former des lacs de sérosité intra-épidermiques et, bientôt, se rompent, laissant exsuder cette sérosité qui se concrète en croûtes jaunâtres ou blanches qui se détachent facilement ; au bout de quelques jours la formation des croûtes s'arrête, les téguments se couvrent de squames sèches qui tombent facilement pour laisser à la peau son aspect normal.

On reconnaît là une évolution eczémateuse de la

lésion, évolution nettement caractérisée et bien différente de celle de l'érysipèle de la face, comme nous le verrons dans le chapitre consacré au diagnostic des eczémas.

Quelques dermites professionnelles au lieu d'avoir une évolution vésiculaire eczématiforme, aboutissent à la formation de pustules qui ne prêtent pas facilement à des erreurs de diagnostic ; d'ailleurs elles atteignent exceptionnellement le visage.

Les dermatoses professionnelles qui atteignent le visage affectent surtout la forme érythémato-vésiculeuse et ont une marche aiguë ; elles s'accompagnent souvent d'un œdème considérable des paupières qui entrave la vision en maintenant l'occlusion des yeux d'une façon permanente et en rendant la figure méconnaissable.

Grand est le nombre des professions et multiples les substances chimiques pouvant donner naissance aux eczémas professionnels. Ce sont, en général, des photographes, des cuisinières et laveuses de vaisselle, des ébénistes, des plâtriers et maçons, des ouvriers fileurs, des ouvriers en substances chimiques, qui, en raison des substances irritantes qu'ils sont obligés de manipuler dans l'exercice de leurs professions, sont sujets aux éruptions artificielles d'origine toxique.

Dans nos observations, nous relevons surtout des cas concernant des blanchisseuses, chez lesquelles il faut certainement incriminer les alcalis carbonatés et les hypochlorites comme causes de leur dermatite. Ces

substances agissent d'une façon d'autant plus active que les blanchisseuses sont souvent porteuses de nombreuses crevasses au niveau des mains, permettant l'introduction facile des agents irritants.

On trouvera aussi une observation (Obs. X) concernant un ouvrier fourreur chez lequel il s'est développé une dermite professionnelle de la face, due à la manipulation d'une fourrure teinte en marron par une substance dont la composition nous est restée inconnue.

Une autre observation (Obs. IX) a trait à une blanchisseuse qui était sujette à des dermites fréquentes du visage, toujours diagnostiquées érysipèle malgré un eczéma chronique qu'elle présentait depuis longtemps au niveau des mains.

B. — *Eruptions médicamenteuses.*

Ces éruptions forment presque la totalité des dermites artificielles que l'on prend habituellement pour de l'érysipèle ; sur les 35 cas de dermites artificielles que nous avons relevés dans notre statistique, nous trouvons 32 éruptions médicamenteuses.

Les médicaments susceptibles d'engendrer des dermites à la suite de leur application externe sont assez nombreux : emplâtres de thapsia, de Vigo, de diachylon ; l'huile de Cade ; les acides chrysophanique, pyrogallique, picrique, et même borique ; les poudres antiseptiques : iodoforme, salol, orthoforme ; les composés mercuriels : calomel, sublimé, biiodure de mercure ; les

teintures végétales comme la teinture d'arnica et les teintures à composition variable et inconnue comme les teintures pour cheveux.

Mais l'agent qui sans conteste détient le record de la production de dermites médicamenteuses c'est la teinture d'arnica, remède très usité dans les classes populaires qui en font une véritable panacée universelle en l'appliquant pour toutes espèces de maux.

Presque la totalité de nos observations concernent des dermites médicamenteuses causées par la teinture d'arnica.

En second lieu viennent l'eau sédative et le sublimé en solution, puis les teintures pour cheveux qui sont à base de paraphénylène-diamine.

Les caractères objectifs de ces éruptions ne diffèrent guère de ceux des dermites professionnelles.

Comme ces dernières, elles sont caractérisées par l'apparition, au début, d'un érythème rouge, étendu, qui ne tarde pas à se couvrir d'une foule de petites vésicules remplies ou non d'une sérosité jaune ou jaune-verdâtre. Ces vésicules peuvent se rompre en laissant suinter leur contenu qui s'écoule et qui se dessèche en formant de longues traînées croûteuses de même couleur.

Quelquefois par leur abondance, les vésicules arrivent au contact, sont confluentes et après leur rupture il se forme une large nappe d'une croûte jaune. Le derme est donc légèrement infiltré et est le siège d'une démanaison vive et désagréable plutôt que d'une véritable douleur. L'œdème sous-cutané, est souvent très pro-

noncé et, lorsqu'il atteint les paupières, il produit leur gonflement à un tel point que les yeux sont constamment maintenus fermés.

En somme cette évolution eczémateuse est tout-à-fait comparable à celle de l'eczéma aigu, et la terminaison a lieu par un processus identique de dessiccation et de desquamation des éléments éruptifs.

Ces dermites se produisent non seulement sur l'endroit où l'agent médicamenteux a été déposé, mais quelquefois, se propage à distance, ou bien la dermite apparaît d'emblée dans un endroit assez éloigné du lieu d'application de l'agent médicamenteux.

Un caractère assez important qui permet toujours de découvrir l'origine de la dermite, lorsque celle-ci a été produite par l'application d'un médicament liquide sous forme de compresses, c'est l'irritation produite sous forme de traînée mince sur les parties déclives de la région atteinte et qui dessine en quelque sorte le trajet qu'a suivi la goutte irritante en s'écoulant de la compresse imbibée du liquide médicamenteux.

C'est là un signe presque pathognomonique qui nous a servi bien des fois à reconnaître les dermites médicamenteuses et que nous avons pu consigner dans presque toutes nos observations concernant des dermatites produites par l'application de compresses imbibées de teinture d'arnica ou de sublimé. Lorsque ce signe existe on est sûrement sur la voie du diagnostic que l'interrogatoire du malade vient, du reste, confirmer.

Quelquefois aussi, la topographie de la lésion reproduit assez exactement la forme et les dimensions du

pansement appliqué, comme c'est le cas du malade qui fait l'objet de l'observation XII, ce qui, on le conçoit, peut être d'un grand secours pour le diagnostic.

II. — ECZÉMA AIGU

Diagnostic différentiel des lésions eczémateuses.

Dans les quelques lignes qui suivent il ne faut pas s'attendre à trouver une discussion sur la nature ou sur la pathogénie de l'eczéma aigu, ni des arguments tendant à prouver que le mot eczéma doive être la traduction d'une lésion, d'un symptôme ou d'une entité morbide.

Nous ne sommes appelé à parler de l'eczéma que parce qu'un assez grand nombre de fois cette affection est confondue avec l'érysipèle de la face ; aussi ne ferons-nous que reproduire la description clinique qui se trouve dans les traités classiques.

Du reste, les considérations pathogéniques et étiologiques mises à part, la symptomatologie de l'eczéma aigu ne diffère guère du tableau clinique des dermites artificielles professionnelles ou médicamenteuses, qui, comme nous l'avons dit, revêtent toutes une forme eczémateuse. Aussi, afin d'éviter des redites inutiles, renvoyons-nous pour tout ce qui concerne l'aspect clinique de l'eczéma aigu à ce que nous avons dit à propos des eczémas artificiels et, dans ce chapitre, nous nous efforcerons d'établir un parallèle comparatif entre l'érysipèle de la face et les lésions eczémateuses, quelque

soit leur origine, en montrant les différences qui existent entre les unes et les autres.

La confusion avec l'érysipèle peut se produire à toutes les phases de l'évolution eczémateuse, mais là où à la rigueur on peut en quelque sorte comprendre et excuser l'erreur c'est, évidemment, à la période initiale de l'eczéma, c'est-à-dire alors que la face ne présente d'autre lésion qu'une rougeur érythémateuse plus ou moins intense qui diffère peu ou presque pas de la rougeur érysipélateuse.

Outre la topographie de l'érythème pré-eczémateux qui ne respecte pas le menton, comme le fait l'érysipèle, on peut, à cette période, tirer des éléments de diagnostic de la façon dont les phénomènes généraux ont débuté.

En général, il est rare que la fièvre soit aussi élevée que dans l'érysipèle au début, le frisson aussi intense ; il est presque exceptionnel de noter les vomissements, la céphalée, si fréquents dans les prodromes de l'érysipèle, et si, par exception, ces phénomènes existent, ils ne durent pas longtemps, de même que la fièvre ne se maintient pas pendant une période aussi prolongée que dans l'érysipèle.

En étudiant avec un peu plus d'attention l'érythème pré-eczémateux, on peut rapidement se rendre compte qu'il présente quelques caractères qui le différencient de la rougeur érysipélateuse,

D'abord, la rougeur, dans l'eczéma, semble être plus intense, plus foncée que dans l'érysipèle où elle est franchement rouge, quelquefois même rosée. L'infiltration du derme est bien plus accusée dans l'érysipèle que

dans l'eczéma, et de plus, dans le premier elle est nettement circonscrite, limitée, le plus souvent, par un bourrelet saillant, toujours par une différence de coloration qui tranche avec celle des tissus sains.

L'érythème eczémateux, au contraire, est mal limité, semble se perdre et se confondre insensiblement avec les régions indemnes.

Puis, alors même qu'aucun élément éruptif n'est venu s'ajouter à l'érythème, celui-ci, dans l'eczéma, est nettement chagriné, ce que l'on peut facilement constater à l'éclairage oblique ou mieux encore en promenant doucement la pulpe des doigts à la surface des lésions.

Rien de pareil ne se passe du côté de la rougeur érysipélateuse qui, au contraire, est luisante, polie, laissant en quelque sorte glisser sur elle les doigts qui l'explorent. Ceux-ci ont, de plus, la sensation d'un derme dur infiltré, qui, dans l'eczéma est seulement le siège d'un œdème mou, peu infiltré et peu tendu.

La tension du derme érysipélateux procure au malade une véritable douleur qui, dans l'eczéma est remplacée par une démangeaison vive et désagréable.

A cette même période initiale, on peut se servir d'un élément de diagnostic qui — sans être d'une importance considérable — nous semble cependant mériter d'être pris en sérieuse considération. Nous voulons parler de l'adénopathie sous et rétro-maxillaire qui marque, d'une façon à peu près constante, le début de l'infection érysipélateuse.

Il peut sans doute exister des adénopathies semblables au cours du processus eczémateux, mais elles ne

surviennent que lorsqu'une infection secondaire est venue compliquer la lésion eczémateuse et dont cette dernière a facilité la porte d'entrée. Il n'est pas rare de rencontrer alors des signes évidents de lymphangite qui viennent expliquer l'origine de ces adénopathies.

Bientôt, l'évolution eczémateuse devient tellement caractéristique, tellement différente de celle de l'érysipèle qu'une erreur nous semble complètement impossible ou du moins incompréhensible.

En effet, le fond rouge érythémateux de l'eczéma, ne tarde pas à présenter quelques petites surélévations épidermiques papuleuses (*eczéma papuleux*) qui bientôt en augmentant de volume se transforment en vésicules (*eczéma vésiculeux*) remplies ou non d'une sérosité jaunâtre et transparente.

Cette particularité dans l'évolution de l'eczéma nous semble suffisamment caractéristique pour écarter — lorsqu'on la constate — toute idée d'érysipèle ; ce dernier ne présente jamais — dans aucune de ses formes cliniques — des vésicules aussi petites que celles de l'eczéma.

Il existe, certes, des formes de dermite érysipélateuse où l'épiderme se soulève et se remplit de liquide ; mais jamais cette surélévation de l'épiderme n'aboutit à la formation de vésicules mais plutôt à de larges cavités, à des véritables phlyctènes remplies d'un liquide séreux ou purulent et pouvant occuper toute ou partie de la plaque érysipélateuse.

Lorsque — comme cela a lieu assez souvent — les vésicules eczémateuses se rompent, elles laissent sourdre

ou suinter leur contenu liquide (*eczéma suintant*) lequel, en se concrétant le long des téguments, forme des croûtes minces, jaunes ou jaune-brun (*eczéma croûteux*). Le liquide des vésicules eczémateuses peut s'infecter, devenir purulent, verdâtre, et l'eczéma prend alors un aspect particulier désigné sous le nom d'*eczéma impétigineux*.

Dans l'érysipèle, les larges phlyctènes séreuses ou purulentes, ne se rompent pas, persistent tant qu'aucune cause extérieure ne vient les détruire et l'on peut voir, au fond de la phlyctène, le liquide s'amasser petit à petit, grâce à sa paroi mince et transparente. Lorsque la phlyctène est détruite, le liquide s'en écoule, et une partie peut, en se desséchant, donner lieu à une croûte jaunenoirâtre qui est toujours plus large, plus étendue que les croûtes eczémateuses dont elle se distingue facilement. Parfois, les phlyctènes érysipélateuses se dessèchent sur place sans se rompre ; il se forme alors des croûtes gardant exactement la même forme et les mêmes dimensions que les phlyctènes qui leur ont donné naissance.

Lorsque le même fait arrive dans l'évolution des vésicules eczémateuses, il se forme une foule de petites surélévations croûteuses jaunes, rappelant les vésicules dont elles dérivent et présentant un aspect assez particulier qui leur a valu le nom de *croûtes mellicériques*.

Le stade croûteux de l'évolution eczémateuse marque déjà le début de la regression du processus morbide, regression qui se poursuit par la chute des croûtes, par

la desquamation épidermique (*eczéma squameux*) pendant que le derme garde encore un certain degré d'hyperhémie qui, petit à petit, s'atténue pour laisser la peau reprendre son aspect normal.

Il convient de noter qu'ici la desquamation est un élément nécessaire, une étape indispensable de l'évolution eczémateuse, en un mot, un des termes du processus eczémateux.

La desquamation, dans l'érysipèle, n'est pas un élément indispensable, elle manque très souvent et, lorsqu'elle existe, elle est toujours moins abondante, plus superficielle, réalisant en quelque sorte le type de la desquamation furfuracée.

De cette étude comparative et sommaire, on voit que, quel que soit le degré de l'eczéma, quel que soit sa forme ou le stade auquel on l'envisage, il ne présente que des différences et fort peu d'analogies avec la dermite érysipélateuse. Il semble, dans ces conditions, que le diagnostic doive être facile et les erreurs nulles. Nous avons, néanmoins, relevé dans notre statistique 39 cas d'eczémas aigus et 35 d'eczémas artificiels sur un total de 252 erreurs.

Nous plaçons ici quelques observations concernant des eczémas aigus et des eczémas artificiels, professionnels ou médicamenteux, qui ont été pris pour de l'érysipèle.

OBSERVATION IX

Eczéma professionnel.

M. S. Femme âgée de 55 ans. Profession : blanchisseuse.
Entrée 30 août 1902.

Réglée à 14 ans ; toujours bien réglée. Ménopause à 42 ans.
Trois enfants vivants et bien portants.

Pleurésie en 1891.

Congestion pulmonaire en mars dernier.

A plusieurs reprises elle fut atteinte d'eczéma de la face. Il y a un mois la malade constata de nouveau une éruption du visage semblable à celles dont elle fut déjà atteinte. Elle va consulter à Tenon d'où on l'envoie à l'hôpital d'Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

A l'examen on constate sur le visage une rougeur érythéma-teuse peu intense recouverte de petites vésicules, la plupart desséchées, au niveau de la joue droite. A gauche, les vésicules sont plus jeunes, suintantes, quelques-unes remplies d'une sérosité jaunâtre. Les régions malaires et nasales sont le siège de la même lésion d'une intensité plus forte et occasionnant un prurit fort gênant pour la malade.

Celle-ci exerce le métier de blanchisseuse et présente au niveau des deux mains et des avant-bras des plaques d'eczéma chronique dont elle n'a jamais pu guérir complètement.

L'examen des organes ne décèle qu'un dédoublement intermittent du deuxième bruit au cœur ; les autres organes étant normaux.

OBSERVATION X

Dermite professionnelle.

A. F. âgé de 40 ans. Profession : fourreur. Entré 18 novembre 1901.

Rien à noter dans les antécédents du malade.

Il y a trois mois environ le malade fit la remarque que lorsqu'il était obligé de manipuler une certaine peau teinte en marron, et qu'il touchait après son visage, il apparaissait sur ce dernier une rougeur qui était le siège d'une vive démangeaison.

Ces rougeurs duraient quelques jours et disparaissaient facilement sans le secours d'aucune médication.

Il y a quatre jours, le 14 novembre, le malade manipula pendant longtemps des peaux de renard teintes en marron, et, en portant fréquemment ses mains au visage, il apparut sur ce dernier une éruption semblable à celles qu'il avait déjà remarquées auparavant; mais cette fois l'éruption est d'une étendue et d'une intensité beaucoup plus grandes.

Hier, il va consulter un médecin qui l'envoie à l'hôpital d'Abervilliers avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

Actuellement la face est uniformément rouge, la peau légèrement infiltrée; sur le fond érythémateux reposent une foule de petites vésicules remplies d'une sérosité jaunâtre. Quelques-unes de ces vésicules sont dessechées et transformées en croûtes mellicériques adhérentes. Le visage est le siège d'une vive démangeaison.

Les mains sont le siège d'une éruption semblable à celle du visage, de même que le scrotum que le malade a vraisemblablement contaminé à l'aide de ses mains.

Aux poumons on trouve des râles ronflants et sibillants.

Rien au cœur. Rien dans les urines.

OBSERVATION XI

Dermite artificielle par thapsia.

M. M..., âgée de 36 ans. Entrée le 1^{er} avril 1901.

A. H. — Père mort de congestion cérébrale ; mère vivante et bien portante.

Dans les antécédents personnels de la malade on ne trouve rien, sauf une prédisposition particulière aux rhumes. Depuis quelque temps elle a beaucoup maigri.

Maladie actuelle. — La malade souffrant beaucoup de la tête il y a quelques jours, applique un emplâtre de thapsia derrière l'oreille gauche. Le lendemain, au réveil, elle constate que son visage est tuméfié et rouge. Un médecin consulté l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

Etat actuel. — Œdème considérable de la joue et de la paupière supérieure gauche maintenant l'occlusion de l'œil d'une façon permanente. Joue droite rouge, érythémateuse, couverte de nombreuses vésicules remplies d'un liquide jaune verdâtre.

Examen des organes. Cœur : souffle mésosystolique à la pointe.

Poumons : respiration soufflante, rude, avec craquements surtout marqués au sommet droit. Submatité prononcée des deux sommets.

OBSERVATION XII

Eczéma médicamenteux.

Ch. H..., 17 ans, garçon laitier. Entrée : 18 avril 1901.

Bonne santé habituelle. Il y a 5 mois il eut un érysipèle du bras droit à la suite d'une coupure.

Le 16 avril. Le malade reçoit sur la nuque et sur la tête des

coups avec des bouchons de bouteille en verre qui produisirent deux plaies dont les traces sont encore visibles et qui ont été pansées par un pharmacien.

Le 17. Il a une cephalée intense et le soir il s'aperçoit que la région mastoïdienne est gonflée ; en même temps il constate un fort suintement sur la tête et derrière l'oreille. Un médecin consulté l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement la plaie au niveau du vertex et celle de la région occipitale sont recouvertes d'un amas de croûtes jaunâtres dont s'écoule en abondance un liquide jaune. Les régions mastoïdienne et sous-maxillaire droites sont très tuméfiées et sur le fond rouge se trouvent plusieurs vésicules dont quelques-unes ont subi la transformation croûteuse.

L'ensemble de la plaque eczémateuse dessine la forme du pansement qui a été appliqué par le pharmacien.

Derrière l'oreille et sur le front on constate un suintement en activité, alors que la joue gauche commence à peine à se tuméfier et à rougir.

Il n'y a pas d'adénopathie.

Etat général bon.

OBSERVATION XIII

Erythème médicamenteux par teinture d'arnica.

B. L..., âgé de 38 ans. Entré le 30 avril 1901.

Rien dans les antécédents héréditaires.

Dans le passé pathologique du malade on trouve la syphilis et les fièvres intermittentes qu'il a contractées aux colonies.

Le 26 avril dernier, en tombant sur le bord d'une caisse en bois, le malade se fait une contusion au niveau de la région malaire gauche. Il va consulter un pharmacien qui lui conseille des applications de compresses imbibées d'eau blanche et de teinture d'arnica.

Le 28. Il apparaît à la face une tuméfaction et une rougeur ; le malade va consulter à l'hôpital Lariboisière d'où on l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

A l'examen on constate une plaque érythémateuse tuméfiée limitée à la moitié gauche de la face. La peau est recouverte de petites vésicules suintantes occasionnant au malade une vive démangeaison.

Le long du cou on constate une trainée rouge érythémateuse parsemée de vésicules, produite par l'écoulement du liquide irritant.

Sous le menton une large ecchymose violacée, indice du traumatisme subi par le malade.

Etat général bon. Rien dans les organes.

OBSERVATION XIV

Erythème iodoformé.

M. A..., âgé de 43 ans. Entré le 21 février 1902.

Ne présente aucune maladie antérieure.

Il y a quinze jours, à la suite d'une chute sur le front ayant produit une plaie, le malade entre à l'hôpital Broussais où, pendant quelques jours, on lui applique des pansements iodoformés.

Le 20, en raison d'une tuméfaction du visage, qui devint rouge et douloureux, on envoie le malade à Aubervilliers comme atteint d'érysipèle.

Au moment de son entrée à l'hôpital on constate sur la moitié gauche du visage un érythème intense recouvert de petites vésicules eczémateuses remplies de sérosité. Le cuir chevelu est douloureux. La moitié droite de la face est moins atteinte, de même que la nuque où il n'existe qu'un peu de rougeur sans vésicules.

Rien aux organes.

OBSERVATION XV

Eczéma de la face et des mains

Marie V..., âgée de 45 ans, marchande de quatre-saisons, entrée le 17 octobre 1902.

Malade soignée, il y a un mois à l'hôpital Saint-Louis par une pommade à l'oxyde de zinc, pour une affection de l'oreille probablement eczémateuse.

Il y a cinq jours, le visage se tuméfia brusquement, en même temps il devint rouge. La malade va consulter à la mairie d'où on l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

La malade est apyrétique. Sur le visage on constate une rougeur intense sans épaissement du derme, rougeur occupant le front, les oreilles, le menton et descendant jusqu'à la partie inférieure du cou en formant une sorte de collier.

Les yeux légèrement atteints sont le siège d'un peu de blépharite.

Les oreilles sont très rouges et considérablement indurées, rappelant l'induration érysipélateuse.

Depuis hier, la peau du visage et du cou desquame abondamment.

Sur les mains et les doigts on constate des plaques eczémateuses antérieures à l'eczéma de la face.

Rien aux organes.

OBSERVATION XVI

Dermite artificielle par compresses de sublimé.

H. Alexandre, âgé de 42 ans. Entré le 4 novembre 1902.

Bonne santé habituelle.

Il y a 6 semaines le malade fut mordu par un chien à la main droite, morsure ayant produit une plaie.

Le chien est gardé vivant et reconnu non enragé.

Le malade va consulter un pharmacien qui lui ordonne des pansements au sublimé.

Quelques jours après l'application des pansements il apparaît à la main des nombreuses vésicules reposant sur une rougeur de la peau qui était tuméfiée.

Le lendemain, en se grattant, le malade porte au visage les mêmes lésions. Un médecin, consulté à ce moment, envoie le malade à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

L'examen du malade fait constater à la région dorsale de la main une plaie en voie de cicatrisation. Toute la face dorsale de la main est couverte de petites vésicules jaunâtres et suintantes qui se continuent sur la face dorsale de l'avant-bras en une mince traînée, indiquant par sa forme et sa topographie, la direction d'écoulement du liquide irritant.

Quelques-unes des vésicules eczémateuses sont entourées d'une zone inflammatoire assez intense, d'autres se sont desséchées et ont donné lieu à des petites croûtelles en voie d'exfoliation.

La face est tuméfiée de même que les paupières ; le derme légèrement induré et erythémateux présente des lésions analogues à celle constatées sur la main.

Rien aux organes.

OBSERVATION XVII

Dermite artificielle par teinture pour cheveux.

D... A., âgée de 49 ans. Entrée le 19 décembre 1902.

Ménopause il y a 3 ans.

Dix enfants, dont six vivants.

Pas de maladie antérieure.

Maladie actuelle. — Le mercredi 17 décembre, la malade applique sur les cheveux une teinture qui lui est recommandée par son coiffeur. Dans la nuit qui suit l'application de la teinture la malade s'aperçoit qu'elle a les paupières gonflées et. le lendemain, au réveil, elle constate que son visage tout entier est rouge et tuméfié.

Elle fait aussitôt venir un médecin qui l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

Au moment de son entrée à l'hôpital, la malade présente un derme infiltré non douloureux, mais étant le siège d'une vive démangeaison. Le gonflement du visage est considérable ; les yeux sont constamment fermés par suite de l'œdème des paupières.

La peau rouge, érythémateuse est couverte de petites croûtes les unes eczémateuses, les autres mellicériques.

Sur le front les lésions se continuent directement avec le cuir chevelu qui est, lui aussi, tuméfié et douloureux.

Gonflement diffus des régions ganglionnaires sans adénopathie proprement dite.

Rien aux organes.

CHAPITRE V

Zona ophtalmique,

L'affection désignée sous le nom de zona consiste en une éruption de vésicules d'herpès qui se localisent en se systématisant suivant le trajet d'un nerf ou affectant — suivant les conceptions modernes — une disposition métamérique. Cette éruption est suivie ou précédée de douleurs névralgiques, et l'affection dans son ensemble survient et évolue à la manière d'une maladie aiguë.

Des différentes localisations de l'affection, une seule présente de l'intérêt pour notre étude ; c'est la localisation à la face suivant une des trois branches du nerf de la cinquième paire, le trijumeau. Suivant que l'éruption zostérienne occupe le territoire d'une des trois branches nerveuses, on a : le zona ophtalmique, le zona du maxillaire supérieur et le zona du maxillaire inférieur.

De ces trois formes de zona, nous ne retiendrons pour l'étudier que le zona de la branche ophtalmique, car c'est lui incontestablement qui donne fréquemment lieu

à des erreurs de diagnostic étant souvent méconnu et pris pour de l'érysipèle de la face.

Dans notre statistique, les erreurs concernant les zonas ophtalmiques s'élèvent au nombre de 25 pour 252 d'erreurs commises, soit une proportion de 10 0/0 des erreurs totales.

Dans ce chapitre nous étudierons la symptomatologie du zona ophtalmique dans ses rapports avec l'érysipèle de la face et, pour la commodité de l'étude nous diviserons cette symptomatologie en 3 périodes : une période pré-éruptive une période éruptive et une période post-éruptive.

A. — Période pré-éruptive.

Un des phénomènes les plus importants, faisant en quelque sorte partie des caractères propres du zoster, c'est *la douleur névralgique* qui précède l'éruption. Les douleurs névralgiques sont particulièrement constantes dans le zona ophtalmique ; Hybord les a relevées dans 47 cas.

Ces douleurs peuvent précéder l'éruption de quelques heures ou de quelques jours ; parfois elles datent depuis bien plus longtemps et pendant quelques mois, constituent à elles seules toute la maladie. Dans quelques cas très rares, les douleurs remontent à une année et plus.

La douleur peut être superficielle, très vive, lancinante, accompagnée de sensation de chaleur ou de cuisson, ou bien profonde, peu intense, continue ou paroxystique revêtant un type nettement névralgique.

Chez certains individus, particulièrement prédisposés, la douleur est atroce, térébrante, rebelle à toute médication. L'influence de l'âge est considérable ; les personnes âgées sont particulièrement frappées de douleurs intenses alors que les jeunes personnes et spécialement les enfants jouissent d'une indolence presque absolue, comme l'ont observé Fabre, Comby, Leroux, etc.

Un caractère assez important de ces douleurs, c'est l'exaspération régulière qu'elles subissent au commencement de la nuit et qui cause une insomnie très pénible pour les malades.

La douleur disparaît, en général, au moment où l'éruption s'éteint ; il n'est pourtant pas rare de la voir persister longtemps après la disparition du zona, comme nous le verrons à propos de la période post-éruptive.

Dans quelques cas très rares, aucune sensation douloureuse ne précède l'apparition du zona ; c'est seulement un prurit plus ou moins intense qui marque le début de l'éruption.

Un second phénomène qui survient pendant la période pré-éruptive, c'est *la fièvre*, accompagnée ou non de quelques phénomènes généraux tels que : sensation de malaise, légers frissons, insomnie, troubles digestifs : nausées, vomissements, anorexie, etc... Cette fièvre prodromique est, en général, modérée, ne dépasse guère 38°, rarement 39° avec un pouls battant 80 à 100 à la

minute, comme l'ont montré Fabre et Landouzy : elle est de courte durée, dépassant rarement deux à quatre jours, et persistant exceptionnellement jusqu'à la fin de l'évolution inflammatoire.

B) *Période éruptive.*

Avant de décrire l'éruption du zona, il importe de noter un caractère des plus importants concernant sa topographie : le zona ophtalmique est presque toujours *unilatéral*. La bilatéralité des lésions est une *exception rare* à tel point que l'on peut citer tous les cas observés par les auteurs.

L'éruption zostérienne débute par une ou plusieurs plaques érythémateuses d'étendue plus ou moins variable, siégeant sur une zone cutanée dont l'innervation est sous la dépendance de la branche ophtalmique du trijumeau. Cet érythème pré-vésiculaire peut être l'unique manifestation cutanée du zona et constitue ce que l'on appelle le *zona fruste* ou *abortif*. Quelquefois, la chaleur, la rougeur et la tuméfaction de cet érythème sont tellement considérables que sans la particularité que nous allons indiquer, on serait tenté de prendre la lésion pour un érysipèle.

Il suffit de constater l'unilatéralité de l'érythème qui s'arrête au niveau du milieu du front par une ligne

rigoureusement verticale passant par la suture frontale et par la racine du nez, pour que cette erreur puisse à coup sûr être évitée.

C'est là un caractère que le zona va conserver pendant toute la durée de l'éruption. — la période vésiculeuse comprise. — caractère que, pour notre part, nous avons presque toujours pu consigner dans nos observations.

Bientôt sur le fond rouge du placard érythémateux se développent une foule de petites macules, qui rapidement se transforment en papules rouges, miliaires, rendant au tégument un aspect chagriné. En quelques heures, ces papules sont remplacées par des vésicules du volume d'une tête d'épingle ou d'un petit pois. Ces vésicules sont transparentes, à reflets brillants et perlés.

La transformation des papules en vésicules peut être tellement rapide qu'il est presque impossible d'assister et d'observer la période érythémato-papuleuse.

Lorsqu'il existe plusieurs plaques érythémateuses, la poussée de vésicules peut se faire en plusieurs fois, mais toutes les vésicules d'une même plaque sont contemporaines, ont apparu, évoluent et disparaissent en même temps ; elles ont toutes, en un mot, le même âge.

D'une façon générale, les vésicules gardent entre elles un intervalle de peau simplement érythémateuse, exempte d'éléments vésiculeux ; mais quelquefois les vésicules sont tellement abondantes et confluentes qu'elles arrivent presque à se toucher et ne forment alors qu'un

large placard, une seule grosse bulle saillante à contour polycyclique (1).

Il n'est pas rare de rencontrer quelques vésicules aberrantes assez loin de la plaque zostérienne et reposant sur une peau non érythémateuse.

Les vésicules, au début, sont remplies d'un liquide clair, limpide, qui reste dans cet état pendant trois ou quatre jours, mais qui bientôt se trouble et devient purulent. Puis, la vésicule se flétrit, se ride, s'affaisse, se dessèche complètement en ne laissant plus persister qu'un croûte brune, ou brun jaunâtre.

L'évolution complète est achevée du huitième au douzième jour ; les croûtes tombent en laissant sur le derme des plaques pigmentées, rouges brunâtres qui disparaissent, en général, au bout de quelques semaines ou de quelques mois ; d'autres fois, par suite d'une excoriation produite soit par le linge ou par les vêtements, soit par les mains du malade qui se gratte, il apparaît à la place de l'éruption, des petites cicatrices superficielles, blanches ou légèrement teintées. Ces cicatrices superficielles sont indélébiles et surviennent d'après M. Besnier en dehors du zona hémorrhagique qui, seul, suivant l'opinion de Kaposi, serait capable de ce méfait.

Le zona est dit hémorrhagique, lorsque les vésicules contiennent mélangé à leur liquide, une certaine quantité de sang. Il faut remarquer que, presque toujours, par

(1) Les vésicules d'herpès peuvent quelquefois atteindre un volume plus considérable que d'habitude, tout en restant isolées, et ressembler à de véritables phlyctènes, comme on le verra dans l'observation XX.

suite d'un certain degré de congestion, tout zona présente un certain nombre de vésicules d'une couleur bleuâtre ou brunâtre. Ce n'est que lorsque toutes les vésicules de la plaque zostérienne présentent une couleur violacée plus ou moins intense comparable à la teinte des éléments du purpura ou de la variole hémorrhagique, que l'on est en droit de donner au zona le qualificatif d'hémorrhagique.

L'évolution et la terminaison de ce dernier présentent ceci de particulier que les vésicules se rompent plus facilement en laissant s'écouler une matière sanieuse, sanguinolente et, lorsque celle-ci s'est complètement écoulée, il reste sur les téguments des ulcérations fort douloureuses qui suppurent et qui guérissent à la longue en produisant des cicatrices caractéristiques.

La topographie des lésions dans le zona ophtalmique présente quelques caractères fort importants dont il faut toujours tenir compte au moment de porter un diagnostic. Le territoire du nerf ophtalmique est souvent dépassé par l'envahissement de la plaque de zona, et cet envahissement est surtout marqué du côté du cuir chevelu.

D'une façon schématique — correspondant à la pluralité des cas — on peut assigner à la lésion les limites suivantes : d'abord, et nous insistons à dessein sur ce point, en dedans, le zona ophtalmique s'arrête exactement sur la ligne médiane par une ligne *rigoureusement verticale* passant par la racine du nez et se confondant avec la suture fronto-médiane ; en dehors ; la plaque a des limites peu précises, nous voulons dire irrégulières

mais qui, néanmoins, ne dépassent guère une surface couverte par deux ou trois travers de doigt au devant du pavillon de l'oreille. De ce côté (région temporale) on peut rencontrer quelques vésicules aberrantes, éloignées de la plaque zostérienne, mais, d'une façon générale, cette dernière respecte la tempe.

En haut la lésion peut s'étendre assez loin, recouvrir le cuir chevelu : sur un malade complètement chauve, nous avons pu voir la lésion remonter jusqu'au vertex. La limite inférieure est marquée, d'une façon à peu près constante, par le bord libre des paupières, sauf, bien entendu, pour les zonas qui dépendent à la fois et du nerf ophtalmique et du nerf maxillaire supérieur (1), dans quel cas, l'éruption peut siéger sur la région maxillaire et sous-orbitaire.

La période éruptive est marquée également par des perturbations dans l'appareil visuel, perturbations dont quelques-unes accompagnent d'une façon constante l'éruption de zona et dont les autres, plus profondes, plus graves, constituent des véritables complications venant assombrir le pronostic.

Parmi les premières il faut ranger une blépharite intense et surtout une conjonctivite assez sérieuse caractérisée par une injection marquée des vaisseaux de la conjonctive qui est rouge, larmoyante, douloureuse. Très souvent il existe une sécrétion d'une matière pu-

(1) Dans les zonas du maxillaire supérieur il est assez fréquent de constater une poussée d'éruption herpétique sur la muqueuse buccale ou sur la muqueuse du palais ou du voile du palais. Voir les observations XXII et XXIII.

rulente qui imprègne les cils et les maintient collés. A cela s'ajoute un œdème souvent considérable des paupières qui produit l'occlusion permanente de l'œil. Lorsque cet œdème est moins intense et que l'ouverture de l'œil est possible, on constate un certain trouble de la vision et une gêne plus ou moins grande éprouvée à la lumière, gêne pouvant aller jusqu'à la photophobie.

L'œdème ne se localise pas toujours au niveau des paupières du côté du zona, mais envahit assez souvent les paupières du côté opposé, œdème péri-inflammatoire qui donne à la figure un aspect boursoufflé comparable à l'érysipèle. Cette particularité fait croire faussement à une bilatéralité des lésions et contribue à dérouter le diagnostic. Il faut, cependant, faire remarquer que dans le zona l'œdème est mou, tremblotant, contrairement à l'infiltration érysipélateuse dont la tuméfaction est dure et douloureuse.

Tandis que la conjonctivite que nous venons de signaler apparaît en même temps que l'éruption, et dure aussi longtemps que les phénomènes inflammatoires eux-mêmes, les lésions des membranes de l'œil, véritables complications au cours du zona ophtalmique suivent de quelques jours la poussée cutanée et paraissent lorsque cette dernière a atteint son maximum d'intensité.

Parmi ces lésions il faut citer la kératite qui se manifeste par un trouble plus marqué de la vue, une photophobie intense et par un obscurcissement de la cornée qui devient terne. Quelquefois on peut distinguer sur la cornée des véritables visicules herpétiformes sembla-

bles à celles du zona, vésicules qui ne tardent pas à se rompre, à s'ulcérer en donnant ainsi naissance à la kératite ulcérée. Lorsque la lésion est superficielle, la guérison peut survenir soit complète, soit avec une légère opacité de la cornée. D'autres fois, exceptionnellement, les pertes de substance peuvent être tellement importantes qu'il en résulte une perforation avec ses funestes conséquences, hernie de l'iris et même perte complète de l'œil. La kératite est une complication assez fréquente au cours du zona ; les auteurs donnent la proportion de 36 kératites sur 98 cas de zona.

Une complication moins fréquente est l'iritis, qui n'existerait que dans un cinquième des cas. Hybord a trouvé 22 cas sur 98. Le plus souvent elle coïncide avec la kératite ou la suit de près. Elle est caractérisée par une irrégularité de la pupille qui peut être rétrécie ou dilatée et aboutit presque toujours à des synéchies postérieures.

Ces lésions paraissent surtout fréquentes lorsque le zona envahit le territoire du nerf nasal, opinion formulée par Hutchinson et aussi par Hybord : « Dans le zona ophtalmique, l'iris et la cornée souffrent rarement quand l'éruption ne siège pas sur le territoire des branches du nerf nasal, elles souffrent habituellement quand tout le côté du nez est envahi ». La raison de cette corrélation est fournie par les particularités anatomiques ; les rameaux ciliaires qui se rendent à l'iris et à la cornée venant du ganglion ophtalmique lequel reçoit sa racine sensitive du nerf nasal.

Il existe, enfin des complications tout à fait excep-

tionnelles telles que : paralysies musculaires, particulièrement la paralysie du moteur oculaire commun avec ptosis, strabisme ou mydriase. On cite encore des paralysies du moteur oculaire externe et quelques cas de paralysie faciale. Le pronostic de ces paralysies est bénin, car elles guérissent assez rapidement.

C. — *Période post-éruptive.*

Cette période est marquée par la disparition de la fièvre et de la douleur. Cette dernière peut cependant persister longtemps après l'éruption, quelques semaines, quelques mois et même quelques années (20 ans dans un cas de Blanchez surtout chez les personnes âgées et sujettes aux rhumatismes, à la migraine, à toutes les manifestations de l'arthritisme, en un mot. Ces douleurs névralgiques constituent un véritable supplice pour les malades ; elles sont rebelles à tout traitement et s'accompagnent souvent de troubles de la sensibilité cutanée : hypéresthésie, anesthésie, ou anesthésie douloureuse.

Lorsque l'éruption est terminée, il persiste encore pendant quelques jours de petites croûtelles noirâtres qui finissent par tomber en ne laissant plus qu'une rougeur pâle sur tout le territoire qu'occupait le zona, rougeur pouvant persister pendant quelques semaines et disparaissant petit à petit pour laisser à la peau sa coloration normale.

Il est rare de voir persister des cicatrices à la place qu'occupaient les vésicules ; mais ce qui arrive quelquefois c'est la suppuration, l'ulcération des éléments éruptifs, amenant parfois la gangrène et, ce qui est plus grave, des lésions irréparables du côté de l'œil. Ces lésions peuvent être facilement évitées si, en reconnaissant le zona et en ne le confondant pas avec l'érysipèle, on institue un traitement rationnel dès le début de l'affection et consistant en instillation d'atropine dans l'œil, en maintenant l'occlusion parfaite de l'organe visuel et en appliquant sur le zona des pansements secs, des poudres sèches et non des pansements humides, comme on le fait, malheureusement, si souvent.

Nous aurons terminé la description clinique sommaire du zona, lorsque nous aurons ajouté que le zona est une affection qui ne récidive jamais ou presque jamais. Les quelques cas qui font exception à cette règle sont si peu nombreux que l'on peut compter les observations recueillies par les auteurs. Ainsi Hardy en cite 2 cas, Neumann et Wyss chacun un, Fabre 2, Charcot 2, Letulle 2. Kapozi cite le cas d'une personne qui eut 12 poussées de zona cervico-brachial.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

D'après la description sommaire que nous venons de donner du zona ophtalmique, on voit que rien n'est plus facile que d'éviter de confondre cette affection avec l'érysipèle de la face.

En effet les caractères propres à l'apparition et à l'évolution de la plaque zostérienne, sont très différents de ceux que présente l'érysipèle. D'abord on tiendra compte, pour établir un diagnostic, du mode du début qui, dans le zona, commence toujours par des *douleurs* insupportables revêtant le type *névralgique* et dont les malades ne manquent jamais de se plaindre ; dans l'érysipèle ce sont surtout les phénomènes généraux, fièvre, frissons, vomissements, céphalée, courbature, etc., qui précèdent l'apparition de la plaque.

A la période d'éruption, la plaque zostérienne présente une physionomie et une topographie bien caractéristique : ainsi on tiendra compte de l'*unilatéralité* de la lésion qui est constante dans le zona. Quelquefois, l'œdème péri-inflammatoire qui envahit le côté opposé au zona peut faire croire à une bilatéralité des lésions et induire en erreur ; mais on remarquera que cet œdème est peu rouge, il est mou, tremblotant et ressemble par conséquent fort peu à l'infiltration dure, tendue et douloureuse du derme érysipélateux.

La forme de l'éruption de zona caractérisée par les *vésicules herpétiformes*, sa localisation à la moitié seulement du front, la limite franche formée par une ligne *rigoureusement verticale* se confondant avec la suture fronto-médiane, sont autant de caractères qui servent à différencier le zona de la plaque d'érysipèle qui ne présente pas une topographie aussi régulière ni des éléments éruptifs comparables aux vésicules herpétiformes. Les phlyctènes qui peuvent exister sur le derme érysipélateux n'offrent aucune ressemblance avec ces vésicules

dont elles diffèrent par leur forme et leur dimension plus étendues, par leur contenu séreux ou purulent, par leur nombre toujours plus petit, par leur manque complet de systématisation. Enfin, le zona ophthalmique s'accompagne toujours d'une conjonctivite plus ou moins intense, qui, rarement, peut coexister avec l'érysipèle.

Nous plaçons ici quelques observations concernant des zonas ophthalmiques envoyés à l'hôpital d'Aubervilliers comme érysipèle.

OBSERVATION XVIII

Zona ophthalmique

Ch. L..., âgé de 75 ans. Entré le 19 septembre 1902.

Malade porteur de cicatrices de brûlures sur le visage et sur l'œil droit, suites d'un accident survenu à l'âge d'un an et ayant amené l'amputation spontanée des doigts de la main gauche.

Pas de maladie antérieure.

Le début de la maladie actuelle a eu lieu le 16 octobre dernier ; le malade se plaignait de violentes douleurs névralgiques dans la tête. Le lendemain 17 il apparaît une rougeur intense au niveau de la moitié gauche du front. A l'hospice de Bicêtre, où le malade est hospitalisé, on fait le diagnostic d'érysipèle de la face, et on l'envoie à Aubervilliers.

Au moment de son entrée à l'hôpital on constate une plaque rouge érythémateuse occupant exactement la moitié gauche du front, s'étendant en haut jusqu'au vertex (le malade est complètement chauve) et s'arrêtant en bas, au niveau de la paupière inférieure.

Latéralement, la plaque s'arrête par des limites peu précises

au niveau de la région temporale, tandis que sur la ligne médiane elle ne dépasse pas une ligne passant par la racine du nez et la suture frontale. De ce côté la limite de la plaque est très nette.

Sur le derme érythémateux et légèrement infiltré on constate une multitude de points vésiculeux pour la plupart desséchés et transformés en croûtes noirâtres, les autres conservant encore leur état vésiculeux herpétiforme.

Les bords libres des paupières sont également envahis et la conjonctive est rouge et injectée. La vision est trouble, la lumière gênante, néanmoins la cornée paraît indemne. L'œil est le siège d'une légère sécrétion purulente.

On fait l'application d'un pansement sec à la poudre de talc, on instille de l'atropine dans l'œil sur lequel on applique un pansement occlusif.

21 octobre. La plaque de zona est en voie de guérison, les vésicules se dessèchent ; la vision est claire et la lumière non gênante

OBSERVATION XIX

Zona ophtalmique.

C., Jeanne, âgée de 70 ans. Entrée le 11 novembre 1902.

Un seul enfant mort en bas âge.

Bonne santé habituelle.

Maladie actuelle. Il y a un mois, la malade éprouva brusquement des névralgies violentes sur le trajet du nerf trijumeau du côté droit. Sur le conseil d'un pharmacien elle fait plusieurs applications d'eau sédative.

Aussitôt après, elle remarque l'apparition d'une plaque rouge recouverte de vésicules. Les névralgies persistent.

Le 11, elle va consulter à Lariboisière d'où on l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

Actuellement on constate une plaque rouge pâle sans infiltration du derme, occupant toute la région frontale, palpébrale et malaire droite, limitée sur la ligne médiane par un trait brusque continuant la suture frontale en passant par la racine du nez.

Sur la plaque on constate, par place, des cicatrices pâles provenant de la dissécation des vésicules.

La malade présente encore des névralgies très intenses.

L'œil droit est le siège d'une conjonctivite intense, accompagnée d'une légère blépharite. La cornée est intacte.

Rien dans les organes.

OBSERVATION XX

Zona ophtalmique.

G., Marie. âgée de 25 ans. Entrée 2 décembre 1902.

Réglée à 13 ans.

Deux enfants en bas âge.

Maladies antérieures. Fièvre puerpérale il y a 3 ans. Phlébite.

Maladie actuelle. Depuis huit jours environ, la malade se plaint de douleurs névralgiques intenses sur le trajet du trijumeau droit.

Le 30 novembre, il apparaît sur toute la région douloureuse de la rougeur, de la tuméfaction et de nombreuses vésicules.

Un médecin consulté à ce moment diagnostique un zona, mais le lendemain, en raison du progrès de la rougeur et de la tuméfaction qui envahit toute la joue droite et une partie de la joue gauche, il revient sur son premier diagnostic et envoie la malade à Aubervilliers comme atteinte d'érysipèle de la face.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate que la moitié droite du front, depuis le bord de la paupière in-

lérieure jusqu'à deux travers de doigts au-dessus de la limite du cuir chevelu, est couverte d'une foule de vésicules phlycténulaires, confluentes, remplies d'une sérosité louche et reposant sur un fond rouge intense, œdématié.

Les limites latérales de la lésion sont marquées d'un côté par une ligne rigoureusement verticale rejoignant la racine du nez à la suture frontale médiane, de l'autre par une ligne irrégulière partant de l'apophyse orbitaire externe et atteignant la région temporale supérieure.

Quelques-unes des vésicules sont ouvertes et laissent couler une sérosité louche, jaunâtre. L'œil droit est maintenu fermé par suite de l'occlusion produite par le gonflement des paupières.

La région de la peau qui est le siège du zona est peu douloureuse à la pression, mais les douleurs spontanées persistent encore, moins vives, cependant, qu'au début de la maladie.

Il est impossible de se rendre compte de l'état de l'œil droit, le gonflement considérable des paupières ne permettant de les écarter qu'au prix de très vives souffrances.

En plus du zona qui est vivement enflammé, on constate sur toute la joue droite et la partie supérieure de la joue gauche — paupières comprises — une rougeur et une tuméfaction molle, tremblotante, sans induration du derme, qui est évidemment de l'œdème péri-inflammatoire et qui explique l'erreur de diagnostic commise par le médecin qui l'a constaté. Cet œdème est tellement intense du côté de la paupière supérieure gauche, que l'occlusion de l'œil est maintenue permanente.

Rien aux organes.

OBSERVATION XXI.

Zona ophtalmique.

B. L..., femme âgée de 53 ans. Entrée le 11 novembre 1901.
Régliée à 11 ans 1/2. Ménopause à 46 ans. Pas d'enfants.

A 30 ans, fibrome utérin, occasionnant des douleurs insupportables nécessitant des piqûres de morphine. Depuis ce temps-là, la malade est devenue morphinomane.

Le 8 novembre, la malade commença à souffrir de violentes douleurs névralgiques sur le côté droit du front. Le soir même, il apparut de nombreuses vésicules que la malade arracha avec ses doigts.

Le lendemain, elle va consulter à la Pitié où l'on diagnostique un érysipèle de la face et on envoie la malade à Aubervilliers.

Actuellement on constate une plaque rouge intense occupant la moitié droite du front. Sur la peau rouge il existe de nombreuses vésicules remplies d'un liquide louche. Quelques vésicules, ont été arrachées et transformées en croûtes.

Les paupières sont rouges et considérablement œdématisées empêchant l'ouverture de l'œil.

Les douleurs névralgiques persistent toujours.

Rien aux organes.

OBSERVATION XXII

Zona du maxillaire supérieur.

C. Valter âgé de 60 ans. Entré le 11 mai 1901.

Pas de maladie antérieure.

La maladie actuelle a débuté le 7 mai par des picotements au niveau de la région sous-orbitaire gauche. Le 8 mai il survient un peu de rougeur et quelques petites vésicules. Le 11 le malade va consulter à Beaujon d'où on l'envoie ici avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement on remarque une plaque rouge couvrant la moitié gauche du nez, les paupières, la région sous-orbitaire, la lèvre supérieure. Une petite plaque aberrante monte le long de la tempe, jusqu'à la racine du cuir chevelu. Sur ce fond

rouge, légèrement tumefie, se détachent, au niveau de la lèvre et du sillon labio-nasal, des croûtes jaunâtres. Par place, notamment sur la pommette et sur la petite plaque frontale, on remarque des petites vésicules aplaties et contenant un liquide clair.

La muqueuse de la face interne de la joue gauche présente également des vésicules d'herpès, de même que la moitié gauche de la voûte palatine.

Les vésicules suivent les divisions du nerf maxillaire supérieur, notamment les branches naso-lobaire, sous-orbitaire, zygomatico-temporale du nerf zygomatique, etc.

Rien aux organes.

OBSERVATION XXIII

Zona des nerfs ophthalmique et maxillaire supérieur.

Zona phlycténulaire.

T. Eugène, âgé de 34 ans, entré le 22 mars 1902.

Parmi les antécédents du malade il n'y a à noter qu'une fièvre typhoïde survenue il y a un an. Depuis ce moment le malade conserve des douleurs vagues dans les muscles et les os des membres inférieurs.

La maladie actuelle a débuté le 18 mars par des violentes douleurs névralgiques dans la tête et l'œil gauche.

Le 20 il apparaît sur la moitié gauche du front et sur la joue du même côté, une rougeur et une tuméfaction assez intenses.

Le 22, quelques vésicules font leur apparition sur la région érythémateuse. Le malade va consulter à l'hôpital Beaujon, d'où on l'envoie à Aubervilliers, avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on constate un

large placard érythémateux occupant la moitié gauche du nez et la région sous-orbitaire du même côté.

Le placard érythémateux, s'arrête, au niveau de la ligne médiane, suivant une ligne verticale passant par la racine du nez et le milieu du front.

Le derme, rouge et légèrement œdématié, est couvert de nombreuses vésicules herpétiques dont quelques unes ont atteint un volume plus considérable les faisant ressembler à de véritables phlyctènes. Ces vésicules occupent tout le placard érythémateux frontal, quelques-unes siègent sur la région malaire et sur le pli naso-génien. Deux ou trois vésicules d'herpès sur la moitié gauche de la muqueuse palatine.

Les paupières sont considérablement œdématiées ; pas de lésion oculaire.

Rien aux organes.

Pas de fièvre.

CHAPITRE VI

Péridacryocystites.

Le contour orbitaire avec ses nombreuses anfractuosités glandulaires est le siège d'élection de l'agent de l'érysipèle. Aussi voyons-nous dans 15 pour 100 des cas, l'érysipèle de la face débiter par ce point.

A priori, on comprendra qu'une lésion inflammatoire quelconque siégeant à ce niveau puisse, plus ou moins grossièrement simuler l'érysipèle. C'est là le fait de l'inflammation du tissu cellulaire qui environne le sac lacrymal, inflammation décrite sous le nom de *péridacryocystite*, ou *péricystite lacrimale*.

Lorsque cette péridacryocystite s'accompagne d'un œdème péri-inflammatoire des paupières et des joues, le diagnostic avec l'érysipèle peut devenir assez difficile. Si l'on ajoute à ce fait que, comme l'érysipèle, la péridacryocystite est sujette à répétition; que, comme dans l'érysipèle, ces répétitions peuvent être en rapport avec les époques menstruelles, et que dans les deux affections

l'agent pathogène est le même, on comprendra la fréquence des erreurs de diagnostic.

Aussi dans notre statistique, relevons-nous 10 cas de péridacryocystite sur 252 erreurs commises, soit une proportion de 4 p. 100 environ sur le nombre total des erreurs.

Dans sa thèse récente sur *la périacystite lacrimale*, M. le docteur Roche. distingue 3 formes de péridacryocystite aiguë : une forme phlegmoneuse, une forme érysipélateuse, et une forme gangréneuse.

La péridacryocystite phlegmoneuse se caractérise au début par des phénomènes ayant leur cause dans l'inflammation du conduit lacrymo-nasal. c'est-à-dire par de l'épiphora et une infection de la muqueuse conjonctivale, accompagnée le plus souvent d'une sécrétion nasale muco-purulente unilatérale. En même temps on constate l'apparition, à l'angle interne de l'œil, d'une tumeur rénitente, indolore, roulant sous le doigt et pouvant se vider par pression.

A ce moment, il y a dacryocystite seule, sans participation à l'inflammation du tissu cellulaire environnant.

Lorsque du conduit lacrymo-nasal l'infection gagne ce tissu cellulaire, c'est-à-dire lorsqu'il y a péridacryocystite, de nouveaux symptômes apparaissent. Ce sont, avant tout, l'œdème et la rougeur de la région lacrymale. Cet œdème rouge affecte la forme d'une virgule à grosse extrémité tournée vers l'angle interne de l'œil, et à petite extrémité se confondant avec les téguments de la joue.

Mais l'œdème ne reste pas localisé ; il s'étend à la

totalité de la paupière inférieure, puis à la paupière supérieure et à la racine du nez, qui paraît dévié. Dans les cas sérieux, l'œdème peut envahir les paupières et la joue du côté opposé. C'est un œdème péri-inflammatoire, indolore, mou, tremblotant, ressemblant à l'œdème de la fluxion dentaire du maxillaire supérieur.

Lorsque l'œdème est plus prononcé du côté des paupières, celles-ci s'écartent difficilement. l'œil est complètement clos, les cils agglutinés par une sécrétion légère. Quand on écarte les paupières on peut constater une injection conjonctivale très intense, parfois même du chemosis.

Lorsqu'on recherche la douleur par la palpation digitale, on constate qu'elle fait complètement défaut au niveau de la paupière supérieure, de la joue et des deux tiers externes de la paupière inférieure. Au fur et à mesure qu'on approche de la région lacrymale, la douleur apparaît, augmente progressivement pour devenir intense lorsque le doigt appuie sur le sac lacrymal.

On peut constater aussi un engorgement et un endolorissement du ganglion pré-auriculaire et parfois même des ganglions rétro-maxillaires.

A ce moment, l'œdème péri-inflammatoire étendu, la rougeur des téguments, voire même les adénopathies, contribuent à dérouter le diagnostic et à faire prendre cette forme phlegmoneuse de la péridacryocystite pour un érysipèle de la face ayant son point de départ dans l'angle interne de l'œil.

Mais à partir de ce moment, la péridacryocystite évo-

lue comme un abcès, le pus se collecte, la fluctuation apparaît, le diagnostic s'impose.

La péridacryocystite n'aboutit pas toujours à la suppuration, et M. Parinaud a signalé des formes dans lesquelles il y a une infiltration inflammatoire des tissus ressemblant à une lymphangite réticulaire et rappelant l'érysipèle. C'est la *forme érysipélateuse*.

Cette forme évolue en une huitaine de jours et se termine par résolution ou, si l'on intervient par le cathétérisme, l'affection peut rétrocéder en 24 heures.

Cette forme érysipélateuse est sujette à répétition, pouvant coïncider avec les époques menstruelles (la péridacryocystite est une affection plus fréquente chez la femme que chez l'homme). C'est là une cause d'erreur qui fait confondre cette affection avec l'érysipèle cataménial.

Lorsque la péridacryocystite s'accompagne d'un état général grave, avec une température et une suppuration précoce et rapidement fétide, lorsqu'enfin, il y a élimination de tissu sphacélé, on a affaire à la *forme gangréneuse*, forme qui constitue une rareté pathologique.

En effet, M. le docteur Roche, dans sa thèse, ne rapporte qu'un seul cas de péridacryocystite gangréneuse, publié en mars 1900, par M. Morax dans les *Annales d'oculistique*.

Nous avons eu l'occasion d'en observer un cas, dont nous relatons l'observation.

De ce qui précède on voit que pour établir un diagnostic on tiendra compte de ce que dans la péridacryocystite, l'état local est prédominant et les symptômes

généraux à peine marqués. Dans l'érysipèle au contraire, ce sont ces derniers qui ouvrent la scène, la lésion locale survenant après. L'interrogatoire du malade apprend que l'affection lacrymale a débuté par du larmoiement et par l'apparition d'une petite tumeur lacrymale.

A la période d'état, on évitera de confondre l'œdème péri-inflammatoire des paupières et des joues, qui accompagne la péridacryocystite, œdème indolore, mou, tremblotant et non limité, avec l'infiltration dure, douloureuse et limitée par un bourrelet du derme érysipélateux. On tiendra également compte de la forme en virgule de l'inflammation périlacrymale et — point essentiel — de la *douleur vive localisée* exclusivement à cette région.

Enfin, l'évolution suppurative de la forme phlegmoneuse, et la regression rapide de la forme érysipélateuse, confirmeront le diagnostic.

Nous plaçons ici trois observations, concernant les trois formes de la périacryocystite lacrymale.

OBSERVATION XXIV

Peridacryocystite à répétition.

A... Eugénie, âgée de 40 ans, entrée le 16 août 1902.

Régliée à 14 ans. Quatre enfants, dont trois sont morts en bas âge.

Depuis dix huit mois, la malade a eu trois poussées de périacryocystite.

La malade est en traitement à l'hôpital Broca, depuis huit jours, pour métrite.

Depuis six mois, l'œil droit est larmoyant, et une petite

tumeur se forme au niveau du sac lacrymal; cette tumeur est intermittente.

Le 15 août, sans phénomènes généraux, une plaque rouge apparaît au niveau de l'angle interne de l'œil droit. On porte, à l'hôpital Broca, le diagnostic d'érysipèle et la malade est envoyée à Aubervilliers.

Le 16, on constate, au niveau de l'angle interne de l'œil droit, une petite tumeur recouverte d'une plaque rouge. La paupière supérieure est le siège d'un œdème mou, tremblotant, indolore.

Pas de fièvre.

Rien aux organes.

Le 20, tous les phénomènes locaux ont disparu, et le 21, la malade quitte l'hôpital guérie.

OBSERVATION XXV

Péridacryocystite phlegmoneuse.

B... Adeline, âgée de 37 ans. Entrée le 20 avril 1902.

Pas d'érysipèle antérieur. Régée à 13 ans, bien réglée.

Le 15 avril, la malade ressent une douleur très vive au niveau de l'angle interne de l'œil gauche; elle présente en même temps de la céphalée et des vomissements.

Le 16, le pourtour de l'œil, la pommette gauche, la moitié gauche du front, le versant gauche du nez, étaient tuméfiés et rouges. L'œil larmoyait abondamment.

La malade va consulter à l'hôpital Saint-Louis, d'où on l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

Au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, on constate une tuméfaction rouge de toute la région lacrymale gauche; le derme est souple, non infiltré. Pas de bourrelet.

Les deux paupières sont le siège d'un œdème mou, trem-

blotant, indolore ; à la pression on constate une vive douleur localisée au niveau de la région lacrymale. L'œil continue à larmoyer.

Adénopathie sous-maxillaire gauche.

Le 21, fluctuation très nette, l'abcès est incisé : sortie d'une légère quantité de pus ; l'œdème disparaît le lendemain.

Le 25, la malade sort guérie.

OBSERVATION XXVI

Péridacryocystite gangréneuse (1)

Louise J., âgée de 19 ans. Entrée le 10 janvier 1903.

Bonne santé habituelle, réglée à 17 ans.

Le 7 janvier, frissons, céphalée, épiphora du côté droit en même temps qu'un écoulement muco-purulent par la narine droite.

Le 8, la malade constate une petite tumeur occupant l'angle interne de l'œil droit et très douloureuse.

Le 9, la région est empâtée, rouge vif, l'œdème a envahi les paupières et la joue droite.

Le 10, un médecin diagnostique un érysipèle et envoie aussitôt la malade à Aubervilliers.

Le 11, l'œil droit est clos, les paupières sont le siège d'un œdème mou tremblotant. Au niveau de l'angle interne on constate un empâtement de la région qui fait saillie et est douloureuse à la pression. Cet empâtement s'étend à presque toute la face droite du nez, dont la région dorsale est respectée. Les téguments sont rouge vif ; toute la joue correspondante est envahie par un œdème considérable qui a dévié le nez dans sa totalité vers la gauche.

(1) Observation recueillie par notre ami et collègue, M. Valensi, externe des hôpitaux.

Les paupières et la joue gauches sont le siège d'un œdème mou, indolore, moins accusé qu'à droite.

Adénopathie sous-maxillaire à droite.

La malade a de l'épiphora et un écoulement muco-purulent par la narine droite.

Rien aux organes.

Le 14 janvier, pas de fluctuation, mais le 16, on constate au niveau de la région lacrymale une tuméfaction criblée de petits trous ayant la disposition d'une pomme d'arrosoir : par ces orifices sortent des gouttelettes de pus.

On pratique une incision qui donne issu à une grande quantité de pus, fétide, rappelant le pus de l'abcès dentaire.

Les jours suivants la suppuration persiste fétide et très abondante et s'accompagne de l'élimination du tissu cellulaire sphacélé ; le pus s'écoule également par la narine droite.

On fait des lavages et des pansements à l'eau oxygénée ; la température est à 40°, la malade est très abattue.

Le 22, la malade se plaint d'une douleur de tête intense localisée au niveau des sinus frontaux ; au niveau de cette région on constate un œdème douloureux ; on craint une sinuosité et la malade est envoyée dans un service de chirurgie.

CHAPITRE VII

Rhinites, furoncles et abcès de la muqueuse nasale. Abcès de la cloison.

Les infections de la muqueuse nasale s'accompagnent en général d'un retentissement sur les téguments des narines, du nez et de la portion sous-nasale de la lèvre supérieure. Ce fait occasionne encore un nombre assez considérable d'erreurs de diagnostic.

L'immense majorité de ces erreurs revient au furoncle et à l'abcès de la muqueuse nasale. Lorsque l'infection, qui a pour point de départ un des nombreux poils qui garnissent la muqueuse à l'entrée des narines, est assez abondante pour que la simple *poro/folliculite* se transforme en furoncle ou en véritable abcès de la muqueuse, les sécrétions purulentes et irritantes produites par l'élimination bourbillonneuse, arrivent à infecter la peau des narines et assez souvent aussi la peau du nez tout entière. Le tégument se tuméfie, devient rouge et douloureux et lorsqu'on n'a pas l'attention attirée du côté de l'orifice nasal, on porte hâtivement le diagnostic d'érysipèle du nez.

Mais, outre le point de départ de l'affection qui est

facile à constater par l'existence d'un écoulement nasal ou bien d'un véritable abcès siégeant dans l'une ou l'autre des narines, la marche et l'aspect que prend l'inflammation de la peau suffisent à établir le diagnostic.

Dans tous les cas de rhinite, de folliculite, de furoncle ou d'abcès nasal dans lesquels la peau du nez est prise, l'inflammation de cette dernière est presque toujours limitée à la région nasale exclusivement ; parfois aussi, comme nous l'avons vu, la portion sous-nasale de la lèvre supérieure participe à l'inflammation.

La peau est uniformément rouge, d'un rouge intense, et foncé, comparable à la rougeur périfuruncululaire. La douleur est forte : le moindre attouchement procure au malade de vives souffrances. La peau est tuméfiée mais non indurée et cette tuméfaction donne au nez un aspect grotesque. Il n'y a pas de bourrelet qui limite la lésion et la portion de la peau malade se confond insensiblement avec les parties saines.

Les orifices nasaux sont plus ou moins obstrués par la turgescence de la muqueuse ou par une collection purulente ; le malade est fortement enrhumé ; le nez est le siège d'un écoulement muco-purulent qui irrite et enflamme la lèvre supérieure. La voix est fortement nasillarde comme celle des personnes dont les narines sont obstruées par des végétations ou des polypes.

Lorsque le furoncle élimine son bourbillon ou lorsque l'abcès nasal s'ouvre spontanément ou est ouvert par le médecin pour donner issue au pus, l'inflammation cutanée s'atténue de plus en plus, s'éteint complètement au bout de deux ou trois jours et la peau reprend son

aspect normal sans passer par une phase desquamative comme dans l'érysipèle.

On voit que l'aspect physique de la lésion qui présente les quatre caractères de l'érysipèle : rougeur, douleur, tumeur, chaleur, joint à la fièvre qui forcément existe dans des affections microbiennes, plus spécialement staphylococciques, comme le sont la folliculite et la furonculose nasales, peuvent facilement induire en erreur et produire la confusion entre l'érysipèle du nez et la *pérfolliculite nasale*.

On se basera pour faire le diagnostic sur l'écoulement nasal qui a marqué le début de l'affection, sur l'existence d'une inflammation ou d'une suppuration de la muqueuse nasale, sur la voix toute spéciale aux affections obstruantes du nez et sur l'aspect physique sus-cité. On évitera ainsi une erreur et on portera le diagnostic exact de folliculite, de furoncle ou d'abcès de la muqueuse nasale accompagnés d'irritation de la peau.

Voici quelques observations concernant des cas semblables où l'on a porté le diagnostic erroné d'érysipèle du nez.

OBSERVATION XXVII

Folliculite nasale.

C. Pierre, âgé de 34 ans, Entré le 18 juin 1902.

Le 13 juin le malade en se grattant le nez se fait une légère excoriation.

Le 14 un léger écoulement nasal par la narine droite. Le 15, sans prodromes et sans phénomènes généraux, il constate une rougeur de l'aile droite du nez, rougeur qui augmenta le lendemain de façon à envahir le nez. Il va à la consultation de l'hôpital Necker, d'où on l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

Au moment de son entrée à l'hôpital on constate que tout le nez et une partie de la joue droite sont tuméfiés et d'un rouge intense et sombre. La région est excessivement douloureuse au toucher. Pas de bourrelet.

A l'examen de la muqueuse nasale on constate dans la narine droite une légère tuméfaction recouverte d'une croûte noire. Le malade se plaint d'un écoulement séreux continu. La voix est nasillarde.

Pas de fièvre.

Rien aux organes.

OBSERVATION XXVIII

Abcès de la cloison.

G. F..., âgé de 40 ans, Entré le 2 avril 1902.

Antécédents. Nombreuses attaques de rhumatisme il y a 10 ans.

La maladie actuelle a débuté le 29 mars dernier, par des frissons et de la céphalée. Le même jour le malade éprouve une sensation de chaleur et de prurit au niveau des narines ; le lobule du nez est rouge et tuméfié.

Les jours suivants la plaque gagne tout le nez.

Le 2 avril le malade va à la consultation de Beaujon, d'où on l'envoie à Aubervilliers, avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement on constate une plaque d'un rouge vif occupant la majeure partie du nez, plus intense au niveau du lobule

droit. Cette plaque est très douloureuse à la pression surtout au niveau de la cloison. Pas de bourrelet. Le malade ne peut respirer par le nez.

Dans la narine droite, pointe une tuméfaction molle. On l'incise et il s'écoule du pus.

Cœur : premier bruit sourd à la pointe.

3 avril. La rougeur est presque complètement disparue.

11. Le malade sort guéri.

OBSERVATION XXIX

Abcès nasal.

D... Claude, âgé de 37 ans. Entré le 2 avril 1901.

Parmi les antécédents on ne trouve qu'une mastoïdite il y a 8 ans.

La maladie actuelle a débuté le 4^{er} avril par des frissons, de la céphalée et un coryza intense : en même temps le nez devient tuméfié et douloureux.

Le 2, un médecin consulté diagnostique un érysipèle et envoie le malade à Aubervilliers.

Actuellement le nez présente une tuméfaction considérable. Il est d'un rouge vif, intense et très douloureux au toucher. La plaque rouge s'étend en haut jusqu'à la racine du nez et envahit latéralement une portion de la région palpébrale gauche.

La muqueuse, tuméfiée et couverte d'une multitude de petits abcès donnant issue à du pus.

Adénopathie sous-maxillaire double.

Rien aux organes.

Le 5, écoulement muco-purulent par les deux narines.

Le 9, douleur rétro-maxillaire droite, avec léger empatement.

Le 14, écoulement purulent de l'oreille droite. Otite externe suppurée.

OBSERVATION XXX

Rhinite ulcéreuse

R... Marc, âgé de 51 ans. Entré le 12 octobre 1901.

Pas de maladie antérieure.

Depuis huit jours, le malade se plaint d'une douleur siégeant dans la narine droite et d'un coryza assez intense. La narine était rouge, œdématisée et douloureuse à la pression. Celle-ci fait sourdre quelques gouttelettes de pus.

Comme il n'allait pas mieux, il va consulter à Lariboisière d'où on l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement l'aile droite du nez est tuméfiée et rouge. Pas de bourrelet. Il existe un coryza intense et dans la narine droite on observe quelques ulcérations recouverte de pus.

L'état général est bon. Pas de fièvre.

16 octobre. La douleur nasale a disparu. Bon état général.

26 octobre. Amélioration manifeste. Narine droite à peine tuméfiée ; la rougeur est presque entièrement disparue.

27. Sort guéri.

OBSERVATION XXXI

Rhinite.

F... Lucienne, 14 ans. Entrée le 27 juillet 1902.

Malade soignée à l'hôpital Trousseau pour un rhumatisme articulaire aigu. Il y a deux jours on s'aperçoit dans le service que l'enfant avait le nez rouge et, craignant un érysipèle, on l'envoie à Aubervilliers.

Le nez tout entier est tuméfié et d'un rouge vif. Pas de bour-

relet. La malade est fortement enrhumée, parle difficilement. Il n'y a pas d'écoulement nasal, mais la muqueuse est enflammée, sèche et brûlante.

Le 30 juillet amélioration considérable. La rougeur est presque disparue.

2 août. Guérison complète.

CHAPITRE VIII

Herpès facial.

« L'herpès, dit M. Fournier, est une dermatose aiguë, vésiculeuse, se produisant en bouquet sur une région circonscrite et évoluant d'une façon cyclique, rapide et bénigne ».

L'éruption herpétique présente dans son évolution 3 stades :

a) Stade pré-éruptif d'E. Besnier ou phase congestive de Fournier.

Cette phase se traduit par des élancements, des fourmillements, du prurit dans la région qui va être le siège de l'herpès. En même temps la peau prend une teinte légèrement érythémateuse mais sans s'indurer ni s'épaissir.

On peut, parfois, à ce stade, observer des légères saillies papuleuses indiquant la place qu'occuperont les vésicules.

b) Stade d'éruption d'E. Besnier, ou de vésiculation de Fournier.

Les papules s'accroissent de plus en plus, l'érythème

devient plus intense. Quelques heures après, les vésicules apparaissent bien nettement différenciées en remplaçant les papules. Elles renferment un liquide clair et transparent. Ces vésicules sont, la plupart du temps, isolées, mais par un développement particulièrement exagéré, elles peuvent arriver à se toucher, à s'unir et ne plus former qu'une vaste vésicule revêtant la forme d'une large phlyctène (*herpès phlycténoïde*).

Le nombre des vésicules qui se réunissent sur un même placard érythémateux, est assez variable.

On en compte habituellement de 6 à 10, mais ce nombre peut être dépassé et atteindre une valeur 2, 3 et 4 fois plus considérable.

Le groupe principal de vésicules peut être entouré de quelques vésicules aberrantes, isolées, ne reposant pas sur une base érythémato-œdémateuse.

Le liquide que contiennent les vésicules se trouble, devient même purulent, se résorbe sur place ou bien s'écoule après déchirure de l'épiderme. Il se produit alors des croûtes noires ou jaunes de forme impétigineuse.

Lorsque la plaque d'herpès est formée de vésicules isolées et distinctes les unes des autres, il se forme une foule de petites croûtelles à la place des vésicules séchées.

Quand l'herpès revêt la forme phlyctinulaire, la desiccation produit une large croûte formée par l'union des petites croûtelles ayant succédé aux vésicules.

c) Stade post-éruptif. Bientôt la croûte ou les croûtelles tombent en laissant une plaque érythémateuse pou-

vant être, pendant quelque temps, le siège d'une desquamation fine et peu abondante.

La peau reprend peu à peu son aspect normal et, si aucune irritation accidentelle n'est venue se surajouter à l'affection, il ne reste aucune cicatrice.

Nous n'avons en vue, ici, que l'herpès siégeant sur le visage : c'est, du reste, là sa localisation la plus fréquente, surtout aux lèvres, et l'éruption peut envahir aussi bien leur portion cutanée que leur portion muqueuse. Les autres localisations fréquentes au visage sont : les oreilles, les paupières, les joues.

La muqueuse buccale et pharyngée, de même que la langue et les amygdales (angines exsudatives) sont un siège fréquent de l'éruption herpétique.

On voit que l'évolution de l'herpès, quel que soit son siège, présente des caractères suffisamment nets pour ne pas la confondre avec celle de l'érysipèle.

Si l'on se rapporte uniquement à l'aspect physique, comme nous nous le sommes proposé dans ce travail, on se rend aisément compte que les points pouvant servir à établir le diagnostic sont les suivants :

Dans l'érysipèle le derme érythémateux, il est vrai, est considérablement induré, épaissi, uni et luisant ne se laissant pas plier par les doigts ; il est, de plus, limité par une saillie en forme de bourrelet.

Dans l'herpès, la lésion siége également sur une base érythémateuse, mais le derme n'est nullement induré, n'est pas limité par un bourrelet, n'est pas épaissi. La tension de la peau manque et la cuisson, la chaleur caractéristique de la souffrance dans l'érysipèle est, ici,

remplacée par une douleur spontanée revêtant parfois la forme névralgique.

De plus, à la période éruptive, les vésicules de l'herpès, comme du zona, du reste, ne peuvent être confondues avec l'érysipèle, alors même que celui-ci a une marche phlycténoïde. Les petites vésicules réunies dans un même groupe, de courte durée, ne peuvent être confondues avec les phlyctènes de l'érysipèle, de dimensions plus considérables, de durée plus prolongée et de nombre moins grand.

Enfin si l'on tient compte que l'herpès marque le plus souvent le début d'une pyrexie sérieuse (1) (bronchite, pneumonie, fièvre typhoïde) surtout l'herpès labial, en surveillant l'apparition de la maladie fébrile, on évitera de faire cette grossière erreur de diagnostic. Cependant l'herpès a été pris un nombre assez considérable de fois pour de l'érysipèle. Nous en citons ici quelques observations.

OBSERVATION XXXII

Herpès facial.

Ch. M..., âgé de 28 ans. Entré le 22 janvier 1903.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante et bien portante. Père lithiasique. Un frère mort en bas âge de méningite. Un frère vivant et bien portant.

Antécédents personnels. — Bonne santé jusqu'à l'âge de 21 ans. A été malade plusieurs fois au régiment ; réformé au bout

(1) L'herpès récidivant, cataménial, ou autre, évolue en général sans aucune fièvre.

de deux ans pour des crachements de sang. Depuis, le malade tousse tout le temps, hiver comme été.

A été soigné plusieurs fois à Saint-Antoine pour des bronchites. Aucune hémoptisie depuis sa sortie du régiment. Le malade ne maigrit pas, mais transpire beaucoup la nuit.

Le malade porte une trace d'abcès au niveau de la malléole interne du côté gauche, et sur la joue gauche un abcès fistuleux qui a été ouvert le 21 septembre dernier et qui, depuis, continue à donner du pus.

Maladie actuelle. — Lundi dernier le malade souffrit beaucoup de la tête et de la gorge ; le lendemain il ressentit des élancements dans l'oreille gauche qui se mit à couler abondamment. En même temps sans aucune névralgie antérieure il constata sur la région malaire droite l'apparition d'une rougeur suivie, le lendemain, d'une éruption de petites vésicules. Les mêmes lésions apparaissent un jour plus tard sur l'oreille droite et sur la paupière supérieure de l'œil gauche.

Un médecin consulté envoie le malade à Saint-Antoine où il séjourne toute la soirée, puis est envoyé d'urgence à Auher-villiers avec le diagnostic d'érysipèle.

Actuellement on constate au niveau de la région malaire droite, de l'oreille droite et de la paupière supérieure de l'œil gauche des lésions tout à fait semblables.

Sur un derme rouge, érythémateux, peu infiltré, siègent plusieurs petites vésicules d'herpès, confluentes pour la plupart, quelques-unes confondues en une espèce de placard de petites dimensions.

Les vésicules sont remplies d'un liquide purulent. Au niveau de l'oreille droite les vésicules sont moins nombreuses,

L'oreille gauche, siège de l'écoulement, est simplement érythémateuse sur sa face antérieure ; sur sa face postérieure quelques rares petits éléments vésiculeux.

Organes :

Poumons. — Submatité aux deux sommets ; expiration rude

et prolongée surtout à gauche. Quelques petits râles à la fin de l'expiration.

Cœur. — Rien

Urines. — Pas d'albumine.

OBSERVATION XXXIII.

Herpès.

L. Georges, 19 ans. Entré le 13 avril 1901.

N'a jamais été malade.

Le 12, sans aucun prodrome, il s'aperçoit d'un petit bouton sur la paupière inférieure de l'œil droit et d'une petite plaque sur la région sous-orbitaire du même côté.

Le 13, au matin, il va consulter un médecin qui l'envoie à Aubervilliers avec le diagnostic d'érysipèle.

Au moment de son entrée à l'hôpital, le malade n'a pas de fièvre. T° 37°2.

Sur la région sous-orbitaire droite on observe une petite plaque rouge, non indurée, parsemée de petites vésicules, au nombre de dix environ. Quelques-unes de ces vésicules sont rompues et couvertes d'une légère croûte noirâtre. La paupière inférieure droite est œdématisée. La plaque semble s'étendre sur la joue droite qui est légèrement tuméfiée. Pas d'adénopathie.

Rien aux organes.

OBSERVATION XXXIV.

Herpès facial.

D. Jeanne, âgée de 13 ans. Entrée le 8 mars 1901.

A. P. Erysipèle de la face il y a 3 ans. — Appendicite en février dernier ; l'appendice n'a pas été enlevé.

Le 7 mars, en se réveillant, la malade constate l'existence sur la joue droite d'une petite plaque de 2 centimètres de diamètre, rouge lie de vin, couverte de petites vésicules blanches. Pas de phénomènes généraux.

Le 8, la malade va consulter à Trousseau, d'où on la dirige sur Aubervilliers, avec le diagnostic d'érysipèle de la face.

Actuellement on constate au centre de la joue droite une plaque rouge, non indurée, très limitée, couverte de petites vésicules blanchâtres.

Pas de bourrelet. Pas de douleur à la pression pas d'adénopathie.

Excellent état général.

Organes:

Soufflé mésosystolique à l'artère pulmonaire.

9 mars. La plaque se dessèche, les vésicules disparaissent.

10 mars. Sort guérie.

CHAPITRE IX

Rares maladies prises pour de l'érysipèle.

Nous plaçons ici quelques observations de maladies rares qui, à leur début, ont été prises pour de l'érysipèle de la face :

OBSERVATION XXXV

Phlébite des veines frontales. •

S... Jean, âgé de 26 ans. Entré le 5 décembre 1901.

Bonne santé habituelle,

Il y a un mois, le malade fut atteint d'un furoncle du conduit auditif externe ayant évolué sans donner naissance à aucun accident notable.

Le 21 novembre, à l'angle interne de l'œil gauche, s'est développé un petit abcès que l'on a incisé le 23 et après quelques jours de suppuration, l'abcès guérit.

Le 2 décembre, le malade s'aperçoit que la racine du nez et la région frontale gonflent, deviennent rouges et sont douloureux à la pression. La partie médiane de la racine du nez s'ulcère et donne issue à du pus.

Les jours suivants, les paupières deviennent rouges, tuméfiées, et les veines du front se dessinent sous la peau rouge et infiltrée.

Le 5, il va consulter à Lariboisière où l'on diagnostique un érysipèle et l'on envoie d'urgence le malade à Aubervilliers.

Actuellement, les deux angles internes des yeux et la racine du nez forment une poche rouge, tendue, peu fluctuante, douloureuse au toucher. Au-dessus des deux arcades sourcillières, le front est rouge, cramoisi, la peau œdématisée, douloureuse au toucher, n'est pas limitée par un bourrelet.

Les veines frontales superficielles sont grosses, tendues, rouges sur tout leur trajet. L'angle de peau qu'elles limitent, entre elles à la région médiane ne participe pas à l'inflammation.

Tuméfaction rétro-maxillaire gauche assez marquée.

Etat général mauvais : insomnie, céphalée, mauvais état des voies digestives.

En présence de ces symptômes, on diagnostique une phlébite des veines frontales.

OBSERVATION XXXVI

Phlegmon de l'orbite.

Jean J .., âgé de 19 ans. Entré le 20 mars 1903.

Pas d'érysipèle antérieur.

Dans le jeune âge, scarlatine avec otite.

Il ya trois jours, apparaît une plaque rouge tuméfiée à la racine du nez, près de l'angle interne de l'œil gauche. Un médecin diagnostique un érysipèle du nez.

La tuméfaction a envahi l'œil gauche; les paupières sont considérablement tuméfiées, rouges et luisantes. La fente palpébrale complètement fermée. En écartant les paupières,

on constate une rougeur intense des conjonctives, et une exophtalmie du globe oculaire gauche.

Les paupières présentent une fluctuation très nette.

On incise la paupière supérieure au-dessous du rebord orbitaire. A l'aide d'une sonde cannelée, on pénètre dans la couche cellulo-graisseuse. Issue d'un flot de pus. Drainage.

OBSERVATION XXXVII

Sinusite frontale.

G... Marie, âgée de 28 ans. Entrée le 22 mars 1902.

Pas de maladie antérieure.

La malade souffre depuis le 10 mars dernier, d'une céphalée frontale très intense. Il y a peu de jours apparition d'une plaque rouge sur la région frontale avoisinant la racine du nez.

Un médecin consulté l'envoie à Aubervilliers, comme atteinte d'érysipèle.

Actuellement, la malade présente un gonflement très marqué de la racine du nez et de la partie inférieure du front. Rougeur peu intense. La région est douloureuse à la pression.

La malade se plaint d'une céphalée très intense bien limitée au front; elle mouche beaucoup; la sécrétion nasale est mélangée de pus et de sang. Ces symptômes joints à l'empatement de la région frontale font diagnostiquer une sinusite frontale; on dirige la malade sur un service de chirurgie.

Deux malades envoyés avec le diagnostic d'érysipèle à l'hôpital de la Porte d'Aubervilliers, présentaient un phlegmon ligneux de la face. Ces deux observations sont rapportées par notre maître, M. Roger, dans la *Revue de Médecine* (1).

(1) H. ROGER. *Etudes cliniques sur quelques maladies infectieuses*. 10 mai 1900.

Nous les reproduisons ici :

OBSERVATION XXXVIII

Phlegmon ligneux de la face.

Une femme de 27 ans est prise le 1^{er} novembre d'une douleur dans la joue droite. Cette partie se tuméfie et bientôt l'œil est fermé.

Le 6 novembre, la malade entre dans notre service. La température est à 40°; la prostration est telle que la malade répond à peine aux questions. L'haleine est horriblement fétide et l'examen de la bouche montre une tuméfaction des gencives et une carie profonde de toutes les molaires. La joue droite est tellement tuméfiée que le nez est repoussé à gauche; il s'agit d'une tuméfaction ligneuse, douloureuse, de coloration livide, occupant la joue et la lèvre supérieure qui est boursonflée. La coloration des téguments est violette, et, sur ce fond livide, on observe cinq petits points purulents. Le lendemain, l'état général étant de plus en plus mauvais, et la malade étant dans un état demi-comateux nous faisons demander un de nos collègues de chirurgie qui pratique de profondes incisions au thermocautère. On constate aussi que les tissus sont infiltrés d'un exsudat épais, mais sans qu'il y ait de pus.

L'opération n'amène aucun soulagement et la malade succombe le lendemain matin, cyanosée, le corps couvert de sueur.

L'autopsie montre une dégénérescence aiguë du foie et du rein, de la splénisation pulmonaire. Elle permet de constater l'intégrité des sinus de la face et des méninges.

OBSERVATION XXXIX

Phlegmon ligneux de la face.

Une femme de 22 ans, ayant également de nombreuses dents cariées, entre dans notre service pour un phlegmon ligneux de la joue ayant débuté deux jours auparavant.

La température est à 40°. La joue droite est le siège d'une tuméfaction énorme : la lèvre supérieure, fortement infiltrée, fait une saillie en avant, les paupières du côté droit sont tuméfiées et agglutinées. La peau de la joue est d'un rouge violet. La palpation donne la sensation d'une infiltration diffuse, d'une dureté ligneuse. La malade est dans un état demi-comateux ; les urines sont fortement albumineuses. La mort survient le surlendemain à sept heures du matin.

Comme dans le cas précédent, l'autopsie permet de constater l'intégrité des sinus de la face, du cerveau, et de ses enveloppes. Elle révèle une dégénérescence aiguë des reins et du foie.

CONCLUSIONS

Nous ne saurions mieux faire, en guise de conclusions, que de rappeler en quelques propositions brèves, les points essentiels qui serviront à déceler les différentes maladies qui peuvent simuler l'érysipèle de la face.

On ne confondra pas l'érysipèle de la face avec :

a) *La fluxion ou l'abcès dentaires*, où il est facile de découvrir dans la bouche une dent malade ou cariée, ou d'apprendre, par l'interrogatoire, que l'affection a débuté par un mal de dent. Dans la fluxion, on se rendra compte par l'exploration bidigitale de la joue, que l'inflammation envahit tous ses tissus : peau, tissu cellulaire sous-cutané, muscles et muqueuse, à l'inverse de l'érysipèle où l'inflammation occupe uniquement le derme laissant indemnes les tissus sous-jacents. Dans l'abcès dentaire, le ramollissement et la fluctuation mettront sur la voie du diagnostic. Dans les deux affections; enfin, il existe un œdème collatéral et les lésions ne sont pas limitées par un bourrelet.

b) *La lymphangite* qui suit l'infection d'une plaie de la face et que l'on reconnaîtra : par les trainées rouges que dessinent les vaisseaux lymphatiques ; par l'étendue de l'inflammation qui se continue insensiblement avec les tissus sains ; par sa situation plus profonde dépassant le derme ; par, souvent, la constatation d'un suintement puriforme par la plaie. Enfin, l'œdème péri-inflammatoire, mou et tremblotant, complètera le diagnostic. Ces mêmes caractères seront constatés dans les cas de furoncle de la face, avec, en plus, les caractères propres du furoncle qui est constitué par une petite tumeur accuminée, saillante, bourbillonneuse, entourée d'une rougeur violacée, plus foncée que celle de l'érysipèle. Enfin, si ces deux lésions siègent sur des parties que l'érysipèle laisse indemnes, telles que le menton, par exemple, l'erreur sera facilement évitée.

c) *Les lésions eczémateuses*, qui se distingueront à leur période initiale par un érythème diffus, ne respectant pas le menton, plus intense, plus rouge que celui de l'érysipèle, sans limitation par un bourrelet, infiltrant moins le derme que la dermite érysipélateuse et présentant, même au début, à l'éclairage oblique ou mieux encore au toucher superficiel, un aspect nettement chagriné. L'érythème érysipélateux est, au contraire, luisant, poli, laissant en quelque sorte glisser sur lui les doigts qui l'explorent. A cette même période de début, il y a un signe sur lequel nous attirons particulièrement l'attention, c'est la sensation éprouvée par le malade : dans l'érysipèle le malade se plaint d'une tension de la peau, d'une chaleur âcre et mordicante ; dans l'eczéma c'est surtout

une démangeaison intense et désagréable qui incommode le malade.

A une période plus avancée, l'eczéma sera caractérisé par l'apparition d'une multitude de vésicules, claires, citrines, de très petite taille, qu'il ne faudra pas confondre avec les phlyctènes de l'érysipèle généralement d'une taille plus considérable, remplies d'un liquide louche ou purulent et en bien moins grand nombre.

Enfin, à la période terminale, l'eczéma sera caractérisé par une large desquamation abondante ou bien dans les cas de dessiccation des vésicules, par des petites croûtelles jaunâtres dites croûtes mellicériques. Dans l'érysipèle, la desquamation est rare et, lorsqu'elle existe, elle n'atteint pas l'abondance de celle de l'eczéma, et les squames sont de dimensions bien plus petites.

Dans les cas d'eczéma médicamenteux, de dermite artificielle il ne faudra pas oublier d'examiner la topographie de la lésion car, comme nous l'avons vu, quelquefois ces lésions dessinent la forme et les dimensions de la compresse imbibée de la solution irritante ; d'autres fois on peut constater des traînées continuant la lésion principale sur ses parties déclives et indiquer la voie qu'a suivi le liquide irritant en s'écoulant.

d) *Le zona ophthalmique et zona du maxillaire supérieur* qui sera caractérisé par le *début névralgique* de l'affection, par *l'unilatéralité* de la lésion, par la limitation de cette lésion à la région du nerf intéressé, par l'apparition de petites vésicules d'herpès sur l'érythème initial, par l'existence simultanée des lésions oculaires. Dans le cas de zona du maxillaire supérieur, il ne faudra

pas oublier d'examiner la bouche où l'on pourrait constater sur la muqueuse correspondante à la lésion une ou plusieurs vésicules d'herpès. Il faudra se méfier de l'œdème collatéral qui peut envahir le côté opposé au zona et faire croire, faussement, à une bilatéralité des lésions.

e) *La péridacryocystite* qui, caractérisée par son début lacrymal, par de l'épiphora, de la douleur localisée à l'angle interne de l'œil, par une petite tumeur lacrymale. A la période d'état on évitera de confondre l'œdème péri-inflammatoire des paupières et des joues qui accompagne la péridacryocystite, œdème indolore, non tremblotant et non limité, avec l'infiltration dure, douloureuse et limitée par un bourrelet du derme érysipélateux. On tiendra également compte de la forme en virgule de l'infiltration périlacrymale et, point essentiel, de la douleur vive localisée exclusivement à cette région. Il faut se rappeler, enfin, qu'il existe des dacryocystites récidivant facilement et éviter de les prendre pour l'érysipèle à répétition.

f) *La folliculite nasale* qui sera reconnue grâce à la rougeur périfurunculeuse, à la tuméfaction énorme du nez sans limites bien nettes, à la douleur intense de toute la région enflammée. On basera encore le diagnostic sur l'écoulement nasal qui a marqué le début de l'affection, sur l'existence d'une inflammation ou d'une suppuration de la muqueuse nasale, sur la voix toute spéciale aux affections obstruantes du nez.

g) *L'herpès facial* facile à reconnaître grâce à ses vésicules caractéristiques siégeant sur une base érythémateuse non infiltrée, non limitée, non douloureuse à la

pression. On ne confondra pas les petites vésicules de l'herpès avec les larges phlyctènes de l'érysipèle.

Enfin, si l'herpès n'est pas l'accident initial d'une pyrémie ultérieure, les phénomènes généraux sont nuls ordinairement ou bien très peu marqués.

Vu : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
CHANTEMESSE.

Vu : LE DOYEN,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS
L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	5
ETUDE CLINIQUE DE L'ÉRYSIPELE DE LA FACE, SURTOUT AU POINT DE VUE DE L'ASPECT PHYSIQUE.....	8
AFFECTIONS DIVERSES SIÉGEANT A LA FACE ET PRISES POUR DE L'ÉRYSIPELE.....	27
FLUXIONS ET ABCÈS DENTAIRES.....	29
PLAIES MAL SOIGNÉES, FURONCLES.....	35
ECZÉMAS.....	40
ERUPTIONS PROFESSIONNELLES.....	42
ERUPTIONS MÉDICAMENTEUSES.....	47
ECZÉMA AIGJ.....	50
ZONA OPHTALMIQUE.....	64
PÉRIDACRYOCYSTITE.....	84
RHINITES, FURONCLES ET ABCÈS DE LA MUQUEUSE NASALE, ABCÈS DE LA CLOISON.....	92
HERPÈS FACIAL.....	99
RARES MALADIES PRISES POUR DE L'ÉRYSIPELE.....	106
CONCLUSIONS.....	111